

## organizadores

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Antonio Neres Norberg

Bianca Magnelli Mangiavacchi

# ESPIRITUALIDADE, MEDICINA E SAÚDE



organizadores

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Antonio Neres Norberg

Bianca Magnelli Mangiavacchi

# ESPIRITUALIDADE, MEDICINA E SAÚDE



| São Paulo | 2 0 2 3 |





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E77

Espiritualidade, medicina e saúde / Organizadores Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos, Alcemar Antônio Lopes de Matos, Antonio Neres Norberg, et al. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Outra organizadora: Bianca Magnelli Mangiavacchi

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-659-7

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.96597

1. Saúde. 2. Medicina. 3. Espiritualidade. I. Matos, Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de (Organizadora). II. Matos, Alcemar Antônio Lopes de (Organizador). III. Norberg, Antonio Neres (Organizador). IV. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático:

I. Saúde

Janaina Ramos – Bibliotecária – CRB-8/9166

ISBN da versão impressa (brochura): 978-65-5939-652-8

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2023 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2023 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

---

|                        |  |
|------------------------|--|
| Direção editorial      | Patricia Biegging<br>Raul Inácio Busarello   |
| Editora executiva      | Patricia Biegging  |
| Coordenadora editorial | Landressa Rita Schiefelbein  |
| Diretor de criação     | Raul Inácio Busarello  |
| Assistente de arte     | Naiara Von Groll   |
| Editoração eletrônica  | Peter Valmorbida<br>Potira Manoela de Moraes   |
| Bibliotecária          | Jéssica Castro Alves de Oliveira   |
| Imagens da capa        | Chanut43, Galyndrushko, N.d.vector,<br>Kontur-Vid, Pikisuperstar, Freepik - Freepik  |
| Tipografias            | Swiss 721, Gobold Lowplus, Rockwell  |
| Revisão                | Maria Margarete Salvate Brasil   |
| Organizadores          | Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos<br>Alcemar Antônio Lopes de Matos<br>Antonio Neres Norberg<br>Bianca Magnelli Mangiavacchi |

---

**PIMENTA CULTURAL**  
São Paulo · SP  
Telefone: +55 (11) 96766 2200  
[livro@pimentacultural.com](mailto:livro@pimentacultural.com)  
[www.pimentacultural.com](http://www.pimentacultural.com)

 **pimenta  
cultural**  
2 0 2 3

## CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

### Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski  
*Universidade La Salle, Brasil*

Adriana Flávia Neu  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt  
*Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil*

Aguimario Pimentel Silva  
*Instituto Federal de Alagoas, Brasil*

Alaim Passos Bispo  
*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil*

Alaim Souza Neto  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Alessandra Knoll  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Alessandra Regina Müller Germani  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Aline Corso  
*Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil*

Aline Wendpap Nunes de Siqueira  
*Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil*

Ana Rosângela Colares Lavand  
*Universidade Federal do Pará, Brasil*

André Gobbo  
*Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Andressa Wiebusch  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Andreza Regina Lopes da Silva  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Angela Maria Farah  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Anísio Batista Pereira  
*Universidade Federal de Uberlândia, Brasil*

Antonio Edson Alves da Silva  
*Universidade Estadual do Ceará, Brasil*

Antonio Henrique Coutelo de Moraes  
*Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil*

Arthur Vianna Ferreira  
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior  
*Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil*

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior  
*Universidade Federal da Bahia, Brasil*

Bárbara Amaral da Silva  
*Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Bernadette Beber  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos  
*Universidade do Vale do Itajaí, Brasil*

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa  
*Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Caio Cesar Portella Santos  
*Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil*

Carla Wanessa do Amaral Caffagni  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Carlos Adriano Martins  
*Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil*

Carlos Jordan Lapa Alves  
*Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil*

Caroline Chioquetta Lorenset  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Cássio Michel dos Santos Camargo  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil*

Christiano Martino Otero Avila  
*Universidade Federal de Pelotas, Brasil*

Cláudia Samuel Kessler  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil*

Cristiana Barcelos da Silva  
*Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil*

Cristiane Silva Fontes  
*Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Daniela Susana Segre Guertzenstein  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Daniele Cristine Rodrigues  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Dayse Centurion da Silva  
*Universidade Anhanguera, Brasil*

Dayse Sampaio Lopes Borges  
*Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil*

Diego Pizarro  
*Instituto Federal de Brasília, Brasil*

Dorama de Miranda Carvalho  
*Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil*

Edson da Silva  
*Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil*

Elena Maria Mallmann  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Eleonora das Neves Simões  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil*

Eliane Silva Souza  
*Universidade do Estado da Bahia, Brasil*

Elvira Rodrigues de Santana  
*Universidade Federal da Bahia, Brasil*

Éverly Pegoraro  
*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil*

Fábio Santos de Andrade  
*Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil*

Fábrica Lopes Pinheiro  
*Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Felipe Henrique Monteiro Oliveira  
*Universidade Federal da Bahia, Brasil*

Fernando Vieira da Cruz  
*Universidade Estadual de Campinas, Brasil*

Gabriella Eldereti Machado  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Germano Ehlert Pollnow  
*Universidade Federal de Pelotas, Brasil*

Geymeesson Brito da Silva  
*Universidade Federal de Pernambuco, Brasil*

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Handherson Leylton Costa Damasceno  
*Universidade Federal da Bahia, Brasil*

Hebert Elias Lobo Sosa  
*Universidad de Los Andes, Venezuela*

Helciclever Barros da Silva Sales  
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais  
Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida  
*Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil*

Hendy Barbosa Santos  
*Faculdade de Artes do Paraná, Brasil*

Humberto Costa  
*Universidade Federal do Paraná, Brasil*

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges  
*Universidade de Brasília, Brasil*

Inara Antunes Vieira Willerding  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Ivan Farias Barreto  
*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil*

Jaziel Vasconcelos Dorneles  
*Universidade de Coimbra, Portugal*

Jean Carlos Gonçalves  
*Universidade Federal do Paraná, Brasil*

Jocimara Rodrigues de Sousa  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Joelson Alves Onofre  
*Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil*

Jônata Ferreira de Moura  
*Universidade São Francisco, Brasil*

Jorge Eschriqui Vieira Pinto  
*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil*

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho  
*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil*

Juliana de Oliveira Vicentini  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Julierme Sebastião Moraes Souza  
*Universidade Federal de Uberlândia, Brasil*

Junior César Ferreira de Castro  
*Universidade de Brasília, Brasil*

Katia Bruginski Mulik  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Laionel Vieira da Silva  
*Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Leonardo Pinheiro Mozdzenski  
*Universidade Federal de Pernambuco, Brasil*

Lucila Romano Tragtenberg  
*Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil*

Lucimara Rett  
*Universidade Metodista de São Paulo, Brasil*

Manoel Augusto Polastreli Barbosa  
*Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil*

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho  
*Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil*

Marcio Bernardino Sirino  
*Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Marcos Pereira dos Santos  
*Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México*



Marcos Uzel Pereira da Silva  
*Universidade Federal da Bahia, Brasil*

Maria Aparecida da Silva Santandel  
*Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil*

Maria Cristina Giorgi  
*Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria Edith Maroca de Avelar  
*Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil*

Marina Bezerra da Silva  
*Instituto Federal do Piauí, Brasil*

Michele Marcelo Silva Bortolai  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Mônica Tavares Orsini  
*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil*

Nara Oliveira Salles  
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Neli Maria Mengalli  
*Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil*

Patricia Biegging  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Patricia Flavia Mota  
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Raul Inácio Busarello  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil*

Roberta Rodrigues Ponciano  
*Universidade Federal de Uberlândia, Brasil*

Robson Teles Gomes  
*Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Rodiney Marcelo Braga dos Santos  
*Universidade Federal de Roraima, Brasil*

Rodrigo Amancio de Assis  
*Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil*

Rodrigo Sarruge Molina  
*Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil*

Rogério Rauber  
*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil*

Rosane de Fatima Antunes Obregon  
*Universidade Federal do Maranhão, Brasil*

Samuel André Pompeo  
*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil*

Sebastião Silva Soares  
*Universidade Federal do Tocantins, Brasil*

Silmar José Spinardi Franchi  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Simone Alves de Carvalho  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Simoni Urnau Bonfiglio  
*Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Stela Maris Vaucher Farias  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil*

Tadeu João Ribeiro Baptista  
*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno  
*Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil*

Taíza da Silva Gama  
*Universidade de São Paulo, Brasil*

Tania Micheline Miorando  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Tarcísio Vanzin  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Tascieli Feltrin  
*Universidade Federal de Santa Maria, Brasil*

Tayson Ribeiro Teles  
*Universidade Federal do Acre, Brasil*

Thiago Barbosa Soares  
*Universidade Federal de São Carlos, Brasil*

Thiago Camargo Iwamoto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil*

Thiago Medeiros Barros  
*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil*

Tiago Mendes de Oliveira  
*Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil*

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues  
*Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil*

Vania Ribas Ulbricht  
*Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Wellington Furtado Ramos  
*Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil*

Wellton da Silva de Fatima  
*Instituto Federal de Alagoas, Brasil*

Yan Masetto Nicolai  
*Universidade Federal de São Carlos, Brasil*

## PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

### Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

|  |   |
|--|---|
| Alessandra Figueiró Thornton<br><i>Universidade Luterana do Brasil, Brasil</i>     | Jacqueline de Castro Rimá<br><i>Universidade Federal da Paraíba, Brasil</i>           |
| Alexandre João Appio<br><i>Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil</i>       | Lucimar Romeu Fernandes<br><i>Instituto Politécnico de Bragança, Brasil</i>           |
| Bianka de Abreu Severo<br><i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>       | Marcos de Souza Machado<br><i>Universidade Federal da Bahia, Brasil</i>               |
| Carlos Eduardo Damian Leite<br><i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>            | Michele de Oliveira Sampaio<br><i>Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil</i>  |
| Catarina Prestes de Carvalho<br><i>Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil</i> | Pedro Augusto Paula do Carmo<br><i>Universidade Paulista, Brasil</i>                  |
| Elisiene Borges Leal<br><i>Universidade Federal do Piauí, Brasil</i>               | Samara Castro da Silva<br><i>Universidade de Caxias do Sul, Brasil</i>                |
| Elizabete de Paula Pacheco<br><i>Universidade Federal de Uberlândia, Brasil</i>    | Thais Karina Souza do Nascimento<br><i>Instituto de Ciências das Artes, Brasil</i>    |
| Elton Simomukay<br><i>Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil</i>            | Viviane Gil da Silva Oliveira<br><i>Universidade Federal do Amazonas, Brasil</i>      |
| Francisco Geová Goveia Silva Júnior<br><i>Universidade Potiguar, Brasil</i>        | Weyber Rodrigues de Souza<br><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil</i> |
| Indiamaris Pereira<br><i>Universidade do Vale do Itajaí, Brasil</i>                | William Roslindo Paranhos<br><i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>    |

## PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.



# Sumário

Prefácio ..... 12

Capítulo 1

**O diálogo da disciplina  
de espiritualidade na formação  
holística do médico ..... 14**

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

*Antonio Neres Norberg*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*

*Rafaela Cristina Vieira*

Capítulo 2

**Saúde e Filosofia:  
o corpo humano como instrumento  
da realidade e princípio da espiritualidade ..... 30**

*Carlos Eduardo Brizola Theodoro*

*Felipe Tavares Souza*

*Fernanda de Souza Coelho*

*Gabriela Vasconcelos Ferreira*

*Hans Bossan Cotrim*

*Leverson Ferreira Chaves*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

Capítulo 3

**A relação entre ciência  
e fé como complementos da cura ..... 44**

*Ana Beatriz de Azevedo Dutra*

*Alexander Ribeiro Rangel Junior*

*Bruna Queiroz de Oliveira*

*Elis da Silva Machado*

*Karla Bernardo Batista*

*Lanah Francine Moraes Guedes*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros Matos*

*Antonio Neres Norberg*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

Capítulo 4

**Espiritualidade e saúde sob  
o olhar e reflexão da ética e bioética médica..... 57**

*Diórgines de Souza Fagundes*

*Erika Costa Barreto Monteiro de Barros*

*Guilherme Nazário Ribeiro*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Antônio Neres Norberg*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*

Capítulo 5

**A importância da espiritualidade  
em pacientes com câncer ..... 67**

*Fabio Vargas dos Santos*

*Gabriel Farias da Silva*

*Giselly Figueiredo de Oliveira Borges*

*Nayara Silva Borges Faneli*

*Tamillis Figueiredo de Oliveira*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*

Capítulo 6

**O papel da espiritualidade  
em tempos de COVID-19 ..... 81**

*Raquel de Souza Gonçalves*

*Rayssa Bittencourt Zaina*

*Alvarino da Silva Oliveira*

*Roberta da Silva Nascimento*

*Lúvia Rezende Machado*

*Vinícius de Deus Lemos*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*

Capítulo 7

**Espiritualidade e Humanização  
na Saúde sob a perspectiva da Bioética ..... 96**

*Samuel Ribeiro Martins*

*Ana Luíza Barcelos Ribeiro*

*Ana Cristina Barcelos Oliveira*

*Karen Sayuri Louvain de Azevedo*

*Karina de Souza Binicá*

*Luciana Valentim de Souza*

*Samira Vitória Menezes Seródio*

*Diogo Fernandes Ignácio*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Antonio Neres Norberg*

Capítulo 8

**A influência da espiritualidade  
na relação médico-paciente:  
uma abordagem no atendimento  
a Testemunhas de Jeová ..... 115**

*Bruna Moreno Brum Torres*

*Lenira Pelloso Leite*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

*Antonio Neres Norberg*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*



Capítulo 9

**A Espiritualidade  
na Saúde Mental..... 132**

*Jonathan Machado do Couto*

*Júlia Motta de Souza*

*Laryssa Coutinho de Andrade Farolfi Ribeiro*

*Samira Castilholi Tiradentes Chaves*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

*Antonio Neres Norberg*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*

Capítulo 10

**A influência da espiritualidade  
na qualidade de vida dos profissionais  
da área da saúde e pacientes ..... 141**

*Rafaela Cristina Vieira*

*Laura Alvarenga Siqueira de Souza*

*Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos*

*Alcemar Antônio Lopes de Matos*

*Antônio Neres Norberg*

*Bianca Magnelli Mangiavacchi*

**Sobre os organizadores..... 153**

**Sobre os autores e as autoras..... 155**



## Prefácio

A espiritualidade e a saúde estão indissociáveis desde a presença do homem na Terra. As observações predominantes apresentadas nessa obra são duplas. Em primeiro lugar, reforça a crença inata de que existe um poder superior. O nome exato atribuído a esse poder varia de acordo com crenças fundamentais associadas à respectiva tradição religiosa. O papel que esse poder ocupa na vida é único para o indivíduo. No entanto, a crença geralmente induz a fé nesse poder, e é essa fé que serve como cimento que une a espiritualidade e a saúde. Através da espiritualidade vem a religião, que representa a forma como os indivíduos vivem suas vidas de acordo com os princípios fundamentais de sua tradição religiosa.

Em segundo lugar, cada pessoa possui a sua vontade de viver. São forças intrínsecas e extrínsecas, que podem afetar como se negocia os desafios da vida. A vontade de viver, agradando o maior poder e praticando ou vivendo os princípios dessa dualidade, faz com que se exerça a fé. Essas ações reforçam a realidade de que a espiritualidade e a saúde podem caminhar juntas e coexistir. A ciência médica tem estudado a permanência dessa força, principalmente no domínio das doenças terminais. É nesta parte da vivência que o exercício da fé tem mostrado uma diminuição da carga de doença, influência na duração da vida, e melhores resultados e medidas de qualidade de vida.

Nas sociedades modernas, a diferenciação funcional da medicina e da religião é o paradigma predominante. Práticas terapêuticas contemporâneas e conceitos em sistemas de cura, como psicologia transpessoal, Ayurveda, bem como Medicina budista e Antroposófica, no entanto, são moldados por elementos médicos e religiosos ou espirituais. Esta obra investiga configurações do emaranhado entre

medicina, religião e espiritualidade em sua essência. Como as condições políticas, sociais, pessoais e legais afetam esses sistemas de cura? Como eles se relacionam com discursos religiosos e científicos? Como os praticantes terapêuticos se posicionam entre medicina e religião, e qual é o seu apelo para os pacientes?

Falar sobre cura sob a perspectiva do estudo da religião envolve muitos riscos. Ao apresentar trabalhos científicos sobre o tema, muitas vezes sentimos que o público espera que tomemos partidos na promoção ou condenação do modelo tradicional biomédico ou da Medicina alternativa. Essa experiência, que reforça nossa escrita no desenvolvimento desse livro, para abordar esse tema numa perspectiva imparcial, é uma das razões pelas quais essa publicação é tão importante para nós. Permanecemos na vanguarda das novas informações que são úteis à nossa população de pacientes e estamos sempre entusiasmados em compartilhar o mesmo com nossos alunos de medicina, estagiários, professores e funcionários.

Com muitos esforços, este livro levanta mais perguntas do que respostas. Nos últimos anos, o estudo da espiritualidade e da medicina, e seu papel na atenção integral à saúde inspirou o interesse de muitos pesquisadores em todo o mundo. Vários centros de pesquisa foram criados para aumentar as discussões e o conhecimento desse paradigma dando mais visibilidade ao que está no horizonte. Nesse sentido, é com prazer que venho apresentar a Faculdade Metropolitana São Carlos, em Bom Jesus do Itabapoana, Rio de Janeiro, e o que estamos fazendo como parte para contribuir para o corpo do conhecimento nessa área.

Bianca Magnelli Mangiavacchi



# 1

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Antonio Neres Norberg

Bianca Magnelli Mangiavacchi

Rafaela Cristina Vieira

## O diálogo da disciplina de espiritualidade na formação holística do médico

## INTRODUÇÃO

As profissões de saúde se tornaram cada vez mais competentes em lidar com a finitude física do corpo humano e com doenças, antes letais, se tornaram curáveis ou crônicas. No entanto, a medicina contemporânea ainda não tem conseguido atender os pacientes de forma mais abrangente, que leve em consideração uma possível compreensão da sua totalidade.

A relação entre espiritualidade e/ou religiosidade (E/R) e medicina, e particularmente a função do médico ao abordar essas necessidades do paciente, é uma área emergente, que vem sendo cada vez mais recomendada no atendimento de saúde. A fronteira distinta entre a medicina e a religião tornou-se aparente desde o advento do pensamento científico orientado para a razão, relacionado à noção de que o pensamento racional nas ciências seria incompatível com o raciocínio baseado na fé, na espiritualidade e na religião, termos frequentemente utilizados alternadamente na literatura com sinônimos, mas que são diferentes em sua definição e significado, frequentemente mal compreendidos devido à sua profunda associação com a religião (KOENING, 2012)

A espiritualidade tem sido definida como o aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade por meio do qual as pessoas buscam o significado, o propósito, a transcendência e experimentam o relacionamento consigo mesmo, família, comunidade, sociedade, natureza e o que é significativo ou sagrado. A religiosidade é organizacional e compreende crenças e práticas, que incluem o envolvimento e o compromisso com uma religião organizada, enquanto o significado do termo fé varia de uma atitude religiosa geral, por um lado, para a aceitação pessoal de um conjunto específico de crenças, por outro lado (VICTOR; TRESCHUK, 2020).

Com a maior ênfase no atendimento personalizado e centrado no paciente, passou a haver uma maior compreensão e expectativa dos médicos para tratar de questões relacionadas à E/R durante as consultas clínicas com os pacientes, primeiramente em especialidades paliativas e oncológicas, seguida de propostas para todas as áreas médicas, expandindo a estrutura biopsicossocial na formulação do cuidado clínico para um modelo biopsicossocial-espiritual mais holístico.

No entanto, para Costa *et al.* (2019), apesar de muitos profissionais terem o desejo de fornecer cuidado espiritual, não possuem treinamento adequado para tal, preferindo se abster de adentrar neste campo. Nesse contexto, por se entender que a formação desses profissionais deve prepará-los para uma estratégia de intervenção holística, considera-se de essencial importância abordar esta temática. No Brasil, a abordagem à E/R não é obrigatória nos currículos de medicina e a disciplina pode ser oferecida pelas instituições de forma eletiva ou obrigatória. Entretanto, cada vez mais cursos têm inserido em sua grade curricular a disciplina de espiritualidade e sua relação com a saúde, compreendendo que a formação médica deve ir além dos aspectos biológicos do ser humano e a cura física pode ser mais bem alcançada quando a totalidade do indivíduo é abordada (JORDÁN; BARBOSA, 2019).

Nesse contexto, esta revisão narrativa de literatura tem como objetivo analisar a importância do diálogo entre a E/R e a medicina para a formação holística do médico, entendendo que, por meio desta abordagem, é possível facilitar a reflexão sobre as experiências religiosas e/ou espirituais dos pacientes e formar futuros profissionais preparados para essa abordagem.



## OS CUIDADOS MÉDICOS AO LONGO DO TEMPO

A medicina tem sido praticada há milênios e consideráveis progressos foram feitos ao longo dos séculos. Na Antiguidade, as distinções entre causas físicas e espirituais/religiosas para as doenças eram frequentemente entrelaçadas e, após a queda do Império Romano, a Europa Ocidental entrou em um período de estagnação médica, ocorrendo poucos avanços na medicina. A Igreja Católica Romana dominava todos os aspectos da vida e os hospitais construídos durante a Idade Média estavam associados a mosteiros e/ou eram dirigidos por monges e freiras (KOENING, 2012).

Di Biase e Rocha (2005) relatam que a medicina era impregnada de superstição e qualquer pensamento que se desviasse do estabelecido pela doutrina da igreja poderia ser considerado uma heresia. Após o Renascimento, ajudada por novos desenvolvimentos científicos, o saber médico avançou e abriu um caminho livre de qualquer influência religiosa no cuidado aos doentes.

A partir do século XIX, ocorreram acelerados avanços na medicina e, a partir do século XX, esta se tornou altamente compartimentada em uma grande variedade de especialidades, com cada uma desenvolvendo um foco cada vez mais estreito, em sistemas específicos do corpo humano. Assim, enquanto na Antiguidade o cuidado às doenças considerava uma mistura de causas físicas e espirituais ou religiosas, a medicina moderna se afastou completamente de qualquer dessas influências, tornando-se firmemente ancorada na ciência e no desenvolvimento de tecnologias (DURGANTE, 2015).

Assim, o antigo paradigma holístico da saúde, que estava presente em muitas culturas, foi gradualmente substituído por uma abordagem dualística que separava a cura do corpo do cuidado da alma. Porém,

a abordagem especializada e técnica da medicina falhou em sua promessa de cura holística, compaixão e cuidado (CAMON, 2011).

No entanto, a partir da metade do século XX, houve uma conscientização gradual de que, mesmo com todos os avanços, algum aspecto do atendimento foi sendo perdido. Os pacientes eram vistos como pouco mais do que receptores passivos de intervenções médicas, carecendo de uma mudança para envolvê-los, bem como suas famílias, para torná-los participantes mais ativos em seus cuidados (KOENING, 2012).

Tal situação teve início nos anos de 1960, quando o psicólogo Carl Rogers (1992) cunhou o termo cuidado “centrado na pessoa” em relação à psicoterapia e, na década de 1970, o psiquiatra George Engel (1977) recomendou o uso do termo “modelo biopsicossocial” de saúde, em oposição ao “modelo biomédico” existente.

Para Engel (1977), os estados psicológicos dos pacientes, bem como suas relações interpessoais significativas, eram igualmente importantes aos seus estados biológicos. Na década de 1990, esses termos já eram largamente utilizados na medicina tradicional e a *Association of American Medical Colleges* (AAMC, 1999) recomendou que os médicos deveriam discutir as crenças espirituais e religiosas de seus pacientes e que as escolas médicas deveriam desenvolver currículos para ministrar cursos voltados para essa temática.

Posteriormente, de acordo com Durgante (2015), o termo “cuidado centrado no paciente” foi incorporado como um dos objetivos de qualidade do atendimento em saúde, em um modelo semelhante ao termo “centrado na pessoa”, de Carl Rogers, mas mais especificamente envolvendo as qualidades da compaixão, empatia e capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas de cada um.

Observa-se, portanto, que nas últimas décadas a re-humanização da medicina tem recebido uma preocupação generalizada, arrefecendo a influência do modelo biomédico, hegemônico há quatorze séculos, que promoveu uma abordagem centrada na doença, ao invés do cuidado centrado na pessoa. Nessa conjuntura, a dimensão psicossocial reintegrou a educação médica e as práticas de saúde, tendo como foco a construção de um modelo biopsicossocial-espiritual, apontando para a necessidade dos profissionais melhorarem suas habilidades relacionais para humanizar a medicina. Assim, a empatia na relação e no cuidado humanístico centrado no paciente tornaram-se características profissionais essenciais e centrais.

## O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL-ESPIRITUAL

Como afirmado anteriormente, o modelo biopsicossocial é uma visão humanística e holística moderna do ser humano, trazido para a medicina por Engel (1977), um proeminente acadêmico engajado no movimento psicossomático, que afirmava que todos os três níveis, biológico, psicológico e social devem ser levados em consideração em todas as tarefas de saúde. Sua concepção era que os médicos deveriam atender simultaneamente estas dimensões, a fim de melhor compreender e responder ao sofrimento dos pacientes.

Castaneda (2019) descreve o modelo biopsicossocial como uma filosofia de atendimento e um guia clínico prático. Filosoficamente, é uma forma de compreender como o sofrimento, a doença e a enfermidade são afetadas por vários níveis de organização, do social ao molecular e, no nível prático, é uma forma de compreender a experiência subjetiva do paciente como um contribuinte essencial para um diagnóstico preciso, resultados de saúde e atendimento humano. Dessa forma, nas últimas décadas, a humanização da



medicina e o empoderamento dos pacientes têm melhorado constantemente, incluindo sua experiência subjetiva, expandindo a estrutura causal da doença para um modelo mais abrangente, valorizando a relação paciente-médico e lhe atribuindo novos papéis na tomada de decisão clínica.

Posteriormente, pesquisa de Katerndahl (2008) ilustrou a relevância dos sintomas espirituais e suas interações para a compreensão dos resultados de saúde, observando que para o cuidado holístico da saúde ser genuíno, ele deve abordar a totalidade da existência relacional do paciente, sugerindo o modelo biopsicossocial-espiritual.

Para Katerndahl (2008), este modelo é consistente com a definição de holismo que lida com problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial. Além de uma associação direta entre espiritualidade e parâmetros clínicos, sintomas biopsicossociais estariam associados a fatores espirituais, sugerindo que os sintomas espirituais poderiam agir sinergicamente com as outras dimensões para afetar a saúde. Um senso de propósito na vida estaria, assim, associado à melhor qualidade de vida e percepção de saúde, a menos sintomas psicológicos e melhores taxas de abstinência. O sentido da vida estaria associado à religiosidade e desejabilidade social, consistente com a importância da espiritualidade e da interação sócio-espiritual.

Desse modo, o modelo biopsicossocial foi expandido para incluir também a dimensão espiritual, por compreender a relevância dos sintomas espirituais e suas interações para a compreensão dos resultados de saúde. A expansão para um modelo biopsicossocial-espiritual se justifica diante da percepção de que o cuidado de saúde genuinamente holístico deve abordar a totalidade da existência do paciente, em um modelo de atenção mais abrangente, que leve em conta sua plenitude (TAVERNA *et al.*, 2019).

De acordo com esse modelo, todos os seres humanos possuem uma história espiritual que, para muitos, se desenvolve no contexto de uma tradição religiosa explícita, mas, independentemente de como tenha se desenrolado, ajuda a moldar quem é cada paciente como uma pessoa inteira. Essa totalidade inclui não apenas os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, mas também os espirituais (KOENING, 2012).

Para Monteiro e Rocha Júnior (2017), o modelo biopsicossocial-espiritual não se refere a um dualismo no qual uma “alma” acidentalmente habita um corpo, mas, em vez disso, o biológico, o psicológico, o social e o espiritual são dimensões do ser humano, não podendo ser desagregados do todo, pois cada aspecto pode ser afetado e/ou afetar de maneira diferente. Consequentemente, ao cuidar de pessoas, esse modelo sugere que o paciente chegue ao encontro clínico com uma história, uma forma de enfrentamento, um estado de bem-estar e necessidades espirituais concretas.

É importante ressaltar que a espiritualidade é considerada um conceito mais amplo do que a religião. A segunda engloba um sistema de crenças e práticas observadas por uma comunidade, apoiada por rituais que reconhecem, adoram, se comunicam ou abordam o Sagrado, o Divino, Deus (nas culturas ocidentais), ou Verdade, Realidade ou Nirvana Suprema (nas culturas orientais). Assim, a religião é uma forma das pessoas expressarem sua espiritualidade. Os dois termos não são mutuamente excludentes; em vez disso, se sobrepõem e/ou coexistem (CAMON, 2011).

Cabe também esclarecer que nem todas as pessoas espirituais são religiosas, pois a espiritualidade se refere a uma orientação existencial que inclui valores pessoais, o valor da vida, responsabilidade para com os outros, ou seja, uma busca para encontrar significado e propósito e um senso de que se está conectado a algo de maior significado do que o próprio ser humano (CAMON, 2011).

Nesse contexto, como o modelo biopsicossocial não oferece nenhum tipo de base metafísica para a noção do paciente como pessoa, a proposta biopsicossocial-espiritual leva em consideração não apenas as questões psicológicas e biológicas, mas também aborda o estado espiritual. Esse modelo tem implicações de longo alcance para a pesquisa em espiritualidade e sua relação com a saúde, sendo considerado que tenha um impacto significativo na prática clínica de médicos e, por isso, é uma discussão que deve estar no centro das tentativas para praticar uma medicina mais humana.

## CONTRIBUIÇÕES DA DISCIPLINA DE ESPIRITUALIDADE PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

As crenças e práticas religiosas e espirituais são importantes na vida de muitas pessoas, especialmente nos momentos de doença, entretanto, estudantes de medicina, residentes e médicos muitas vezes não têm certeza se, quando ou como abordá-las na prática clínica, provavelmente influenciados pelo modelo de formação voltado para diagnosticar e tratar doenças, mas carente de um treinamento destinado a se relacionar com o lado espiritual do paciente.

Além disso, Ray e Wyatt (2018) consideram que a ética profissional exige que os médicos não imponham suas crenças aos pacientes, que são particularmente vulneráveis quando procuram atendimento médico. Outro fator complicador se refere ao pluralismo religioso existente no país, com uma ampla gama de sistemas de crenças que vão do ateísmo, agnosticismo, a uma miríade de religiões e práticas espirituais. Não se poderia, portanto, esperar que nenhum médico entendesse a subjetividade e as práticas de tantas comunidades religiosas diferentes.

Stewart (2017) ressalta que abordar a dimensão espiritual do paciente na prática clínica pode contribuir para a cura, ocasionando um benefício adicional que relaciona positivamente o cuidado espiritual e bem-estar físico e mental, tornando possível ao paciente enfrentar com mais resiliência os desafios de uma doença, além de ajudar o médico a entender melhor aquele de quem cuida, por conhecer seus valores, convicções e atitudes, auxiliando na tomada de decisão consensual.

Em 1992, sob a liderança da Dra. Christina Puchalski, a Escola de Medicina da Universidade George Washington foi a primeira instituição a oferecer uma disciplina eletiva sobre E/R e saúde e posteriormente a AAMC (1999) estabeleceu o primeiro conjunto de metas de resultados e objetivos de aprendizagem para as escolas de medicina sobre E/R e saúde. Estudo realizado em 2018 constatou que cerca de 90% das escolas de medicina norte-americanas incluem essa disciplina, com 73% oferecendo o conteúdo de forma obrigatória (ATKINSON *et al.*, 2018).

No Brasil, de acordo com Zanotto Filho, Castro e Ferreira (2020), a Universidade Federal do Ceará foi a primeira instituição a oferecer essa disciplina, de forma optativa, nos cursos de medicina, no ano de 2004, sendo seguida, em 2011, pela Universidade de Taubaté. Não foram encontrados dados recentes sobre o número de instituições que oferecem a disciplina de E/R no país, mas pesquisa realizada por Luchetti *et al.* (2012) constatou que 10,4% das faculdades de medicina possuíam um curso específico de E/R, onde 5,8% eram optativos e 4,6 obrigatórios, não existindo um currículo padrão para o seu oferecimento. Assim, acredita-se que no ano de 2021 esses percentuais sejam significativamente maiores, devido à relevância do tema e à grande produção científica brasileira abordando essa temática.

A inserção da disciplina de E/R nos cursos de medicina, de acordo com Piscitello e Martin (2020), demonstra sua importância diante da dificuldade de muitos profissionais em abordá-la na prática clínica. De certa forma, abordar a história espiritual do paciente pode causar



constrangimentos no médico, podendo ser comparada à abordagem da história sexual, que por anos foi considerada ‘fora dos limites’ no encontro clínico, talvez porque fosse um assunto muito particular ou não relevante para a maioria dos provedores de saúde, ou porque os profissionais se sentiam desconfortáveis ao falar sobre uma ampla gama de comportamentos sexuais.

Assim, embora haja consenso sobre os benefícios para a saúde do cuidado espiritual, ainda existem muitos profissionais que tendem a evitar esse tópico no atendimento clínico, embora, na concepção de Lucchetti *et al.* (2012), a maioria dos pacientes gostaria de incorporar a dimensão espiritual nas discussões com seus médicos.

Nesse sentido, Piscitello e Martin (2020) destacam que o propósito da inserção da E/R nos cursos de medicina tem por objetivo preparar os futuros profissionais para uma profunda interação humana, que transcenda o diagnóstico e tratamento biológico, compreendendo a pessoa como um todo, ajudando os médicos a entenderem melhor como tratar seus pacientes.

O ser humano deseja ser abordado como alguém que está sofrendo e não como um indivíduo sem rosto, com órgãos que apresentam defeito. Assim, cuidar do aspecto espiritual pode fornecer ao médico uma compreensão mais profunda das necessidades dos seus pacientes. Entendendo que a pedra angular em um modelo de saúde humanizado é a integralidade da relação entre aquele que cuida e quem é cuidado, é essencial que a dimensão espiritual seja abordada, para que o conhecimento dos valores e necessidades dos pacientes favoreçam a prestação adequada de cuidados holísticos, tornando-se, na prática, um dever ético.

Oferecer um cuidado espiritual pode produzir uma variedade de benefícios, pois, quando o paciente se sente respeitado, desenvolve uma base de confiança e se sente mais confortável. A literatura

pesquisada demonstra que a integração da E/R no atendimento médico está associada ao equilíbrio entre as três dimensões (corpo, mente e alma) e o auxílio das crenças como mecanismo de busca da harmonia pode proporcionar um cuidado centrado no indivíduo, no compartilhamento de decisões e responsabilidades, com objetivos comuns em relação à doença (RAY; WYATT, 2018; CASTANEDA, 2019; PISCITELLO; MARTIN, 2020).

Assim, este estudo indica que ter um cuidado mais centrado no paciente pode exigir não apenas treinamento ao longo das etapas do programa, mas também conhecimento e mais experiência em alguns domínios da E/R, principalmente aqueles relacionados ao propósito e ao sentido da vida. Portanto, uma abordagem no contexto da educação médica voltada para a espiritualidade do estudante de medicina, atividades que estimulem a busca de um sentido e propósito na vida e possíveis dispositivos para ajudar a desenvolvê-los, além da compreensão de como lidar com emoções e expectativas, podem resultar em um cuidado holístico e bem-sucedido (LUCHETTI *et al.*, 2012; ATKINSON *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019).

Para Luchetti *et al.* (2012), a espiritualidade está relacionada a significativamente menos sintomas depressivos, melhor qualidade de vida, menos prejuízo cognitivo e menos dor percebida. Portanto, os médicos deveriam considerar fazer uma história espiritual e garantir que as necessidades espirituais sejam atendidas, entendendo-as como um dos sinais vitais do paciente, que devem ser rastreados e avaliados rotineiramente.

A inserção da disciplina de espiritualidade nos cursos de medicina pode oferecer, portanto, uma educação adequada, porque assim os médicos podem ser formados para abordar a E/R junto aos pacientes, contribuindo para um atendimento holístico e de qualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação médica está em processo de transformação desde o final do século XX, ampliando seu escopo e foco para incluir as ciências humanas, habilidades de comunicação, ética e outros aspectos considerados necessários para um atendimento profissional e competente ao paciente, podendo-se afirmar que está voltando às suas raízes após uma ênfase exagerada no aspecto mais técnico da medicina e em resposta à demanda do paciente.

Nos últimos anos, uma nova dimensão curricular tem sido acrescentada por algumas escolas médicas, envolvendo a espiritualidade, abordagem que reconhece explicações científicas objetivas da fisiologia, mas também compreende que as pessoas têm experiências interiores que são subjetivas, místicas e, para alguns, religiosas, que podem afetar sua saúde e bem-estar.

A prática médica envolve um processo contínuo de revisão dos seus conceitos, da aplicação dos conhecimentos que vão sendo adquiridos ao longo da vida profissional e de acordo com as novas descobertas que vão surgindo. Nas últimas décadas, a experiência em saúde evoluiu do atendimento centrado na doença para aquele voltado à pessoa, em um movimento de personalização. Nesse processo, a dimensão espiritual ganhou cada vez mais relevância, tornando-se de suma importância para a formação do médico e uma prática clínica de qualidade.

No Brasil, diversos cursos de medicina já oferecem a disciplina de espiritualidade como forma de melhor preparar os estudantes para um atendimento holístico, aproximando esses futuros profissionais dos seus pacientes, em uma relação que transcende as condições biológicas, mas que alcança a integralidade do ser humano e compreende que sua constituição vai além e é influenciada também por suas crenças e seu mundo imaterial.

Aos educadores responsáveis por esta disciplina, resta a responsabilidade de ensinar e sensibilizar os estudantes sobre a necessidade da abordagem da espiritualidade/religiosidade para um cuidado integral, que honre a dignidade do paciente, que merece ser visto e tratado como mais do que somente uma máquina defeituosa que precisa ser reparada.

Conclui-se, portanto, que uma verdadeira mudança na integralidade do cuidado só é possível de ser alcançada quando a dimensão espiritual for totalmente compreendida e incorporada na formação médica, para que esses futuros profissionais utilizem adequadamente o modelo biopsicossocial-espiritual, entendendo que a aplicação dessa nova visão do ser humano trará transformações marcantes nos conceitos de saúde, doença, tratamento e cura, fornecendo uma base para o tratamento holístico dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES - AAMC. **Transcendence, religion and spirituality in medicine:** medical students point of view. Report III of the Medical School Objectives Project. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. 1999. Disponível em: <https://members.aamc.org/eweb/upload/Contemporary%20Issues%20In%20Med%20Commun%20in%20Medicine%20Report%20III%20.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.
- ATKINSON, H. G. *et al.* Teaching Third-Year Medical Students to Address Patients Spiritual Needs in the Surgery/Anesthesiology Clerkship. **Journal of Teaching and Learning Resources**, v. 14, n. 10784, p. 1-13, 2018.
- CAMON, V. A. A. **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2011.
- CASTANEDA, L. **O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial:** apreender para agir. CoDAS, v. 31, n. 5, p. 1-2, 2019.



COSTA, M. S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 350-358, 2019.

DI BIASE, F.; ROCHA, M. S. F. **Ciência, espiritualidade e cura**. São Paulo: Qualitymark, 2005.

DURGANTE, C. E. A. **Conectando ciência, saúde e espiritualidade**. Porto Alegre: Francisco Spinelli, 2015.

ENGEL, G. L. **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine**. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

JORDÁN, A. P. W.; BARBOSA, L. N. F. Espiritualidade e formação nos programas de residência em saúde de uma cidade no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 82-90, 2019.

KATERNDAHL, D. A. Impact of spiritual symptoms and their interactions on health services and life satisfaction. **Ann. Fam. Med**, v. 6, n. 5, p. 412-420, 2008.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade** Porto Alegre: L&PM, 2012.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med Educ**, v. 12, n. 78, p. 1-8, 2012.

MONTEIRO, L. V. B.; ROCHA JÚNIOR, J. R. A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 4, n. 2, p. 15-30, 2017.

PISCITELLO, G. M.; MARTIN, S. Spirituality, Religion, and Medicine Education for Internal Medicine Residents. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 37, n. 4, p. 272-277, 2020.

RAY, C.; WYATT, T. R. Religion and spirituality as a cultural asset in medical students. **J Relig Health**, v. 57, n. 3, p. 1062-1073, 2018.

ROGERS, C. **Terapia centrada no cliente**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1992.

STEWART, M. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TAVERNA, M. *et al.* A Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. **Adv Med Educ Pract**, v. 10, n. 1, p. 1009-1019, 2019.

VICTOR, C. G. P.; TRESCHUK, J. V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. **J Holist Nurs**, v. 38, n. 1, p. 107-113, 2020.

ZANOTTO FILHO, R. L.; CASTRO, L. G. T.; FERREIRA, F. S. A inclusão da espiritualidade na graduação de medicina: uma breve revisão histórica. CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA E SAÚDE, 1, 2020, online. **Anais...** Paracatú-MG, CBMED, 2020.

# 2

Carlos Eduardo Brizola Theodoro

Felipe Tavares Souza

Fernanda de Souza Coelho

Gabriela Vasconcelos Ferreira

Hans Bossan Cotrim

Levenson Ferreira Chaves

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

## Saúde e Filosofia:

o corpo humano como instrumento  
da realidade e princípio  
da espiritualidade

## INTRODUÇÃO

Do ponto de vista antropológico, o corpo humano apresentou as mais diversas representações ao longo da história da humanidade, pois é através dele que cada indivíduo experiencia a realidade da vida e interage com o mundo tangível e real. Em uma visão transcendental, a forma como as sociedades humanas interpretam o mundo espiritual possui uma relação íntima com o corpo humano. Essa relação pode ser baseada em padrões socioculturais vigentes e nas crenças associadas a eles, apontando o corpo humano não apenas como um instrumento das vivências na realidade tangível, mas também como princípio, razão e causa da espiritualidade.

A espiritualidade é concebida como uma busca de significado para a vida através de conceitos que transcendem tudo que é tangível (SAAD *et al.*, 2001). Para Freud, a espiritualidade originou-se do sentimento de desamparo que o homem experimenta diante da concepção da realidade de um mundo hostil, a qual é amenizada pela convicção de algo maior que a própria realidade amedrontadora (DAVID, 2003).

A espiritualidade está ligada a significados, ideias e conceitos sobre a vida que justificam a existência humana. Diferente da religião, que manifesta de forma sistematizada o culto e a doutrina espiritual de um determinado grupo, a espiritualidade engloba a visão de tudo aquilo que transcende a realidade, conferindo ao homem a sensação de pertencimento, de propósito, de sentido, não somente de sua existência, mas também de tudo aquilo que ele não compreende (POWELL *et al.*, 2003).

Diante da consciência de si mesmo, da finitude de todas as coisas e da incompreensão do porvir após a morte, o ser humano geralmente tende a interpretar tudo que transcende a sua realidade como sendo espiritual, até que se torne algo plausível ao entendimento, por meio das bases do método experimental e científico. Um exemplo



pertinente é a equivocada concepção de algumas doenças microbianas no passado. Até então pouco compreendidas, essas enfermidades eram consideradas um castigo divino pelo pecado:

A peste é um castigo que Deus envia a quem quer. Que não haja homem que, atingido pela peste, não fique em casa com resignação, sabendo que só foi atingido porque Deus assim o decretou (LICHTENTHAELER, 1978, p.27).

A visão de que muitas doenças eram flagelos divinos ou fruto da desobediência aos deuses ajudou a consolidar, através da história, a ideia do corpo como um instrumento em oposição à alma (SILVA, 2018). Contudo, se a alma é parte do corpo, não poderiam estar em oposição, mas em integração.

De acordo com Koenig (2012), quando o corpo humano adoece, a concepção espiritual de um indivíduo pode contribuir de forma contundente com sua saúde. A espiritualidade não apenas pode tornar o ser humano mais resiliente diante das hostilidades do mundo real, como também evitar seus efeitos deletérios. Assim, o corpo humano, dentro da difícil realidade da existência humana, se tornaria um instrumento mais resiliente através da espiritualidade.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar, através de uma pesquisa de revisão bibliográfica, a relação entre corpo e espiritualidade, bem como seus efeitos sobre a saúde.

## O CORPO HUMANO E A ESPIRITUALIDADE

As sociedades humanas concebiam a criação através da forma como enxergavam o mundo, isto é, como viviam a sua realidade tangível. A formação do ser humano por uma entidade superior, a qual

geralmente moldava o corpo com suas próprias mãos, é uma visão presente em várias culturas. A concepção da destreza divina no ato da criação reflete como as culturas entendiam que o corpo humano era obra dos deuses.

O relato do livro de Gênesis sobre a criação do homem através do barro, tanto na visão judaica como na cristã, é ressaltada por alguns teólogos como Susin. A própria palavra Adão significa “vermelho”, uma alusão a cor do barro. Deus soprou nas narinas do homem o espírito sagrado e esse vivificou o corpo moldado do pó da terra:

O ser humano é uma obra de artesanato, modelada com o húmus da terra. É Adam formado do solo – *adamáh*. E nisso é também participante da sorte das demais criaturas, irmão de tudo o que é eterno, da água e da pedra, do pássaro, do boi e da flor. Participa da fragilidade e da mortalidade da erva do campo, da flor de um dia, das folhas de outono (...) É o Espírito de Deus, inspirado, no ser humano, que o torna realmente humano (SUSIN, 2002, p.99).

Ainda segundo o relato do Gênesis (BÍBLIA, 1980), a humanidade, por intermédio da influência de um anjo jogado à Terra após liderar uma revolta no céu, levou Adão e Eva a comerem do fruto do conhecimento do bem e do mal, o qual haviam sido advertidos por Deus que não comessem. Como consequência de sua rebeldia, a humanidade recebeu a luta pela sobrevivência e a morte física inevitável. Curiosamente, Deus disse que, após o ato de rebeldia o homem seria como os deuses, conhecedor do bem e do mal (uma alegoria clara sobre a alma humana), o que foi justificado pelo fato de saberem que estavam nus, pois lhes foram abertos os olhos (consciência da realidade e de si próprio).

Ao se conscientizar de sua nudez, a humanidade experimentou o medo oriundo da alma diante da realidade da vida, das hostilidades do mundo, da necessidade da sobrevivência e da exposição de sua fragilidade. A humanidade foi expulsa do Éden, um lugar de deleite e livre de hostilidades, para agora lavrar e trabalhar (sobreviver) a terra da

qual havia sido formada, experienciando, assim, as duras realidades do mundo, vividas através do corpo humano.

Então foram abertos os olhos de ambos, e conheceram que estavam nus; e cosearam folhas de figueira, e fizeram para si aventais (...) No suor do teu rosto comerás o teu pão, até que te tornes à terra; porque dela foste tomado; porquanto és pó e em pó te tornarás (...) Então disse o Senhor Deus: Eis que o homem é como um de nós, sabendo o bem e o mal (...) O Senhor Deus, pois, o lançou fora do jardim do Éden, para lavrar a terra de que fora tomado (BÍBLIA, 1980, p.3).

Na cultura mesopotâmica, as divindades eram feitas de sangue e carne e a humanidade foi criada para servir e realizar o trabalho dos deuses. O antigo relato de um poema babilônico conta que o sangue do qual os deuses formaram o corpo dos seres humanos procedia do deus Kingu. Esse deus havia liderado uma revolta, muito semelhante à do anjo caído do Éden, e receberia uma punição pela sua rebelião. Como castigo, os outros deuses fizeram sangrar Kingu e criaram, a partir do seu sangue, a raça humana como serviçais para realizarem o seu trabalho e assim poderem descansar. Apesar de serem parte da divindade e aptos para o trabalho divino, os seres humanos tinham em sua natureza a tendência de se rebelarem ou desobedecerem aos deuses, justamente por terem sido formados a partir do sangue do rebelde deus Kingu (KLEIN, 1990).

Essa natureza rebelde reflete a inquietude da alma humana por sua finitude diante da eternidade vivenciada pelos deuses. A humanidade, apesar de ser como os deuses na consciência de todas as coisas e de si mesmo, ainda era finita. E saber desse destino inquietava sua alma, o que a poderia adoecer ou a fazer reagir. A ciência (saber, conhecimento, intelecto) seria a rebelião da alma humana contra os deuses. Talvez, por isso, de todas as espécies da Terra, somente o homem cria e pratica a Ciência.

De uma forma generalizada, as sociedades humanas sempre conceberam o corpo como algo divino e o entendiam como parte integrante do mundo espiritual. O coração, por exemplo, que é um músculo e componente orgânico do corpo, é considerado até hoje por muitos como uma representação dos sentimentos e das emoções. Quando o apóstolo Paulo, em sua carta aos tessalonicenses, separa o homem em corpo, alma e espírito (COELHO, 2016), ele parece refletir uma proposição muito comum nas culturas orientais de que alma (a sede das emoções, volição, sentimentos, intelecto e mente) e espírito (a parte divina no homem) são partes distintas do corpo, mas totalmente integradas entre si. Assim, o próprio Paulo, em suas cartas, começa a chamar o corpo humano de templo de Deus, local sagrado e santo (BÍBLIA, 1980).

## O CORPO HUMANO E A ALMA

O apóstolo Paulo menciona em suas Cartas aos Coríntios que as coisas espirituais se discernem espiritualmente e o homem natural (corpo) não as pode compreender (BÍBLIA, 1980). Para esse apóstolo, discernir o mundo não tangível só é possível espiritualmente e não com os sentidos do corpo. Como a dinâmica da vida humana acontece na dura realidade da sua existência, a concepção do mundo espiritual permite ao homem ressignificar a realidade na tentativa de encontrar sentido em tudo o que percebe, mas não compreende. A esse discernimento, a essa convicção de fatos que não se pode ver com os sentidos do corpo, o escritor da carta aos hebreus chamou de fé: “Ora, a fé é a certeza das coisas que se esperam, a convicção de fatos que se não veem” (BÍBLIA, 1980, p. 239).

A palavra corpo vem do latim *corpus* e *corporeis* que designa o corpo morto ou o cadáver, em oposição à alma (*anima*) que é a parte



que vivifica o corpo (GREINER, 2005). Para Demócrito, o corpo era a morada natural da alma, a qual lhe conferia vida. Santo Agostinho dizia que o homem era o produto vivo resultante da alma e do corpo (PORTO, 1984). A consciência seria a expressão da alma humana diante de um mundo repleto de doenças, desafios, perigos, dores e morte (o Éden perdido). A alma seria o resultado apurado dos sentidos do corpo como um instrumento interno de resiliência para que esse subsistisse diante das agruras, do desconhecido e dos desafios no mundo com o qual interagia. Nesse ponto, a alma humana lançaria mão da espiritualidade para enfrentar as hostilidades do mundo real ou suportar aquilo que o homem não conseguisse compreender.

O apóstolo Paulo, em sua carta aos tessalonicenses (BÍBLIA, 1980), concebia o homem como um ente dotado de espírito, alma e corpo. A alma seria distinta do espírito e do corpo. O espírito, sempre perfeito e forte, estaria em contato com a espiritualidade (divindade), mas é a alma (sede das emoções, volição, intelecto, sentimentos e mente) que receberia e elaboraria os efeitos da dura realidade da existência humana vividas pelos sentidos do corpo, capacitando-o a prosseguir em sua luta pela vida. Talvez por isso acreditava-se que a alma vivificava o corpo, conferindo-lhe vida, dando-lhe ânimo (*anima*), sustentando-o diante da desesperança, das ameaças, dos desafios e do desconhecido.

Hipócrates (406 a.C.) via o corpo como uma unidade organizada e considerava as enfermidades como uma desorganização deste impelida pelo ambiente. Contudo, mantinha a ideia da relação das doenças com os processos da alma, considerando inclusive que os asmáticos deveriam se resguardar da ira (VOLICH, 2000). Nessa visão, o homem parecia acreditar que algumas doenças eram oriundas dos sentimentos. A alma, então, falharia em manter o corpo resiliente diante dos desafios da vida, fazendo-o adoecer ou esmorecer.

No período medieval, o corpo passou a ser visto como fonte de pecado e maldade, e, portanto, deveria ser desprezado para a expressão e a salvação da alma, pois do contrário, sofreria castigos divinos por meio das doenças e calamidades (LE GOFF, 2007). Nesse ponto, a alma humana delegou novamente à espiritualidade o que não podia compreender e traduziu as hostilidades da realidade da existência humana como obras de uma divindade em fúria. Por não compreender as doenças que matavam até mesmo os mais espiritualizados, o corpo foi considerado culpado. A alma, ao invés de fortalecer o corpo, o enfraqueceu pelo medo. Nesse período, as sociedades humanas, através da alma adoecida e enfraquecida, matavam o corpo e culpavam a espiritualidade, lançando o mundo na Idade das Trevas.

A separação da alma e do corpo foi postulada por Descartes (2000), sendo a mente atribuída à religião e à filosofia e o corpo como objeto de estudo da medicina. No campo filosófico, Nietzsche (2011) ressaltou que a negação do corpo é a negação da vida. Assim, cada vez mais, o homem entendia que o corpo era um instrumento da realidade e não o culpado pelas hostilidades da vida.

O ser humano, através da mente e do intelecto, começou a discernir entre o abstrato e o tangível, percebendo que as doenças não eram uma consequência da ira dos deuses, mas intercursos da realidade. Assim, a razão e o conhecimento retiraram o homem da “escuridão” e o “iluminaram” (da Idade das Trevas para o Iluminismo), abandonando o pré-determinismo até então existente e levando a um desenvolvimento da ciência, possibilitando mudar a realidade até então existente, o que contribuiu para aumentar sua expectativa de vida.

Do ponto de vista oriental, separar o corpo e a mente (a alma) é impossível. As tradições budistas e hindus mencionam que estes são interdependentes, através de cinco agregados: forma (matéria),

sensação, percepção, condicionamento (impulsos, formações mentais, volição) e a consciência (discernimento). Esses agregados em conjunto constroem o retrato de cada indivíduo.

A meditação ou a atenção ao que adentra nos domínios dos agregados seria a ferramenta para o desapego da ideia que cada ser humano faz de si mesmo, levando-o a atingir a liberdade divina (KUPFER, 2001). Aqui, a humanidade compreende que a espiritualidade pode auxiliar o corpo e a alma para alcançar a resiliência diante dos desafios da sua existência. As técnicas de meditação incluem a consciência (alma) do momento presente e a respiração (algo próprio da fisiologia do corpo) como instrumentos para se lidar com as hostilidades da realidade que geram medo, ansiedade, angústia e depressão na alma humana. A alma se une ao corpo para serem resilientes e se curarem.

Segundo Mauss (2003), o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem e, por meio dele, o ser humano interage naturalmente com a realidade externa do mundo ao seu redor e com o mundo interno dentro de si mesmo, isto é, a sua alma. Como a espiritualidade é uma expressão tipicamente humana, o corpo teria uma relação direta com as subjetividades e transcendências. Se a mente (alma) e o corpo são capazes de influenciarem-se mutuamente para gerar equilíbrio e cura, assim também, a forma como um ser humano concebe a espiritualidade poderia atuar de forma benéfica no corpo através das bases orgânicas da alma humana.

## A SAÚDE E A ESPIRITUALIDADE

Segundo a tradição Kamaiurá, uma tribo indígena brasileira que habita a região do Xingu, quando alguém está enfermo significa que a alma do doente pode ter sido capturada e o pajé precisa reavê-la por

meio de rituais, cantos e danças (JUNQUEIRA, 2007). Essa alusão da ausência da alma na doença reflete como as culturas humanas entendem a influência da espiritualidade na cura da alma e do corpo.

Renomados cientistas, como Freud e G. Stanley Hall, acreditavam que a religião poderia gerar neuroses no ser humano (OLIVEIRA, 2017). O mundo contemporâneo, entretanto, tem entendido cada vez mais o papel salubre da espiritualidade como algo além da religião, quando essa é vivenciada de forma a promover resiliência. Quando a espiritualidade é livre dos adoecimentos da alma, ela é capaz de promover a integração do homem consigo mesmo, com seu semelhante e com o ambiente onde ele vive e interage. O próprio Nietzsche (2011), em seu pensamento agnóstico, dizia que suas palavras seriam mais bem compreendidas pelos espiritualistas livres.

Saad *et al.* (2001) mencionam que é plenamente reconhecido que a saúde é determinada pela interação de fatores físicos (corpo), mentais (alma), sociais (ambiente) e espirituais (espírito). Almeida e Lucchetti (2016) apontam a influência considerável da espiritualidade na saúde física e mental de alguns pacientes. Essa influência também é benéfica na relação desses indivíduos com o ambiente onde vivem e com as pessoas com as quais se relacionam (OLIVEIRA, 2017).

Uma alma fortalecida pela espiritualidade pode exercer influência sobre o corpo, promover saúde, gerar bem-estar, além de fomentar mudança de hábito e aquisição de relações positivas. Muitos pacientes severamente doentes lançam mão da espiritualidade para lidar com os processos patológicos e o enfrentamento bem-sucedido das doenças (SAAD *et al.*, 2001).

Guimarães e Avezum (2007) relatam que a espiritualidade dos pacientes foi um significativo preditor de menor mortalidade em idosos, bem como de uma menor elevação dos níveis de citocinas ligadas ao



estresse agudo. Os autores também perceberam uma correlação positiva da espiritualidade com indicadores de bem-estar psicológico em pacientes com depressão, pensamentos suicidas e que faziam uso/abuso de álcool e drogas. A espiritualidade também diminuiria o risco de câncer, por meio de hábitos mais saudáveis (menos etilismo, tabagismo e promiscuidade).

O médico comprometido deve apoiar a espiritualidade do paciente quando esse considerar isso relevante no processo saúde e doença (SAAD *et al.*, 2001). Assim como o pajé da tribo Kamaiurá, que tenta recapturar a alma sequestrada do doente, o médico deve promover e facilitar processos que permitam que a alma (mente, intelecto, sentimentos e volição) do indivíduo enfermo se restabeleça, estimulando a resiliência do corpo durante a doença. Na cultura Kamaiurá, o pajé entra no mundo da alma para reavê-la enquanto administra ervas e poções para o corpo. Da mesma forma, o médico deve estimular os processos biopsicossociais promovidos pela espiritualidade relacionados à mente humana enquanto usa os conhecimentos científicos no corpo do paciente.

Ateus e agnósticos também possuem uma mente (alma). Assim, o médico também deve considerar os processos biopsicossociais de acordo com as concepções desses pacientes para promover resiliência e favorecer o restabelecimento do doente. A espiritualidade pode não ser relevante para pacientes ateus e agnósticos, contudo esses indivíduos possuem outros mecanismos mentais de resiliência que podem ser triados para auxiliarem no tratamento de seus corpos.

Cada vez mais é consenso que os estudantes de medicina e os médicos devem ser educados para entender o papel da espiritualidade no ambiente clínico. As convicções espirituais devem ser triadas e respeitadas pelo profissional médico, a fim de tentar promover a eficácia terapêutica em pacientes que as consideram cruciais. Nesse sentido, Saad *et al.* (2001) mencionam que o serviço médico, considerando a

crença dos pacientes, deve ter características ecumênicas para trabalhar as necessidades espirituais, integradas à abordagem multidisciplinar de cada perito em suas respectivas áreas.

A espiritualidade, cada vez mais, é considerada um possível fator de prevenção e promoção da saúde, além de um potencial redutor de óbitos e dos impactos causados pelas doenças (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Diante das dificuldades impostas pela própria existência, a mente humana criou mecanismos de resiliência e superação para o corpo que promoveram o surgimento da espiritualidade e da Ciência. O futuro da humanidade caminha para uma condição da alma humana em plena integração consigo mesma, com as outras almas e com o mundo. Um mundo científico, mas sensível às necessidades do ser humano e capaz de promover a cura do corpo e da alma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade sempre foi compreendida pelos seres humanos como um instrumento de cura na história. Alguns estudos apontam os seus benefícios na recuperação do processo saúde-doença. Assim, o médico comprometido com o paciente deve considerar as convicções espirituais de cada indivíduo em sua prática terapêutica.

Os processos de reabilitação e cura parecem estar relacionados aos mecanismos biopsicossociais do paciente, salientando o papel da mente humana na higidez do corpo que, além de um instrumento para vivenciar a realidade do mundo onde vive, parece lançar mão da espiritualidade para obter resiliência diante das hostilidades da existência, as quais as doenças fazem parte.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica, 1980.

COELHO, R. A. Para uma correta compreensão do homem composto de corpo, alma e espírito. **Revista Eletrônica Espaço Teológico**, v. 10, n. 17, p. 84-93, 2016.

DAVID, S. N. **Freud e a religião**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**. 9. ed. São Paulo: Hemus, 2000.

GREINER, C. **O corpo**: pistas para estudos indisciplinados. São Paulo: Anablume, 2005.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín**, v. 34, supl.1, p. 88-94, 2007.

JUNQUEIRA, C. Doenças do espírito. **Estudos de Sociologia**, v. 6, n. 10, p. 7-19, 2007.

KLEIN, R. W. **Israel no exílio**: uma interpretação teológica. São Paulo: Paulinas, 1990.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality and health**: the research and clinical implications. London: ISRN Psychiatry, 2012.

KUPFER, P. **Pratyahara, o elo perdido do Yoga**. 2001. Disponível em: <https://www.yoga.pro.br/pratyahara-o-elo-perdido-do-yoga>. Acesso em: 07 nov. 2021.

LE GOFF, J. **O Deus da Idade Média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

LICHTENTHAELER, C. **Histoire de la Médecine**. Fayard: Paris, 1978.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

NIETZSCHE, F. W. **O anticristo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

OLIVEIRA, R. A. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. **Rev. Fac. Ciênc. Méd**, v. 19, n. 2, p. 54-55, 2017.

PORTO, L. Asma brônquica e separação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 6, n. 3, p. 51-60, 1984.

POWELL, L. *et al.* Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SILVA, D. C. A religião e o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Eletrônica de Ciências Humanas, Saúde e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 57-67, 2018.

SUSIN, L. C. **A criação de Deus: Deus e a criação**. São Paulo: Paulinas, 2003.

VOLICH, R. M. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.



# 3

Ana Beatriz de Azevedo Dutra

Alexander Ribeiro Rangel Junior

Bruna Queiroz de Oliveira

Elis da Silva Machado

Karla Bernardo Batista

Lanah Francine Moraes Guedes

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros Matos

Antonio Neres Norberg

Alcemar Antônio Lopes de Matos

## A relação entre ciência e fé como complementos da cura

## INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, muitas vezes o indivíduo passa por situações de pressão em todos os níveis da vida e, quando se descobre com uma doença, se sente frustrado. No entanto, consegue enxergar uma luz no final do túnel com grandes experiências holísticas no extenso universo religioso da cura.

Desde os tempos remotos, sempre houve uma relação entre a fé e a ciência. Paracelso (médico, alquimista e filósofo suíço) tomou a postura da prática da observação. Foram propostos por ele “a medicina da fé”. Estudiosos de todas as partes do mundo se dedicam em pesquisar e entender essa relação entre a fé e a ciência. Por maior que essa discussão seja, a interferência da fé sobre a saúde mental ultrapassa os limites dos consultórios, quando o médico transmite ao paciente que ele está muito doente.

Nos últimos tempos, vê-se o crescimento de novas religiões, quando se sabe que com as novas tecnologias, a ciência avança na procura da cura das doenças, o ser humano tem a necessidade de se apegar a algo maior, a um “ser” maior, em busca de respostas ou até mesmo da cura para suas doenças.

A presente pesquisa se justifica por se perceber que o tema fé e cura é de grande complexidade, o que leva à compreensão de que precisa ser mais investigado e pesquisado sob vários aspectos, para que o resultado do trabalho possa ser de grande valia para futuros médicos. A metodologia empregada foi a pesquisa exploratória, explicativa, buscando conhecimentos científicos de várias épocas e autores.

## RELIGIÃO E RADICALISMO

Recentemente tem sido vistas muitas religiões que exploram o sofrimento das pessoas, exigindo uma oferta financeira para receber o prêmio da cura. Esse radicalismo e fanatismo levam essas pessoas a abandonarem os tratamentos médicos e, conseqüentemente, desviam-nas para uma condição pior de saúde. Falsos profetas que usam o nome de Jesus para enganar os que estão desesperados. Claro que não se pode generalizar e dizer que todas as religiões são assim, desonestas e aproveitadoras, porém, é preciso compreender mais além que esse fanatismo e radicalismo religioso gera conseqüências desastrosas no meio em que se vive.

Existem curas pela fé, que são inexplicáveis pela medicina em todas as religiões e doutrinas, mas nenhuma delas pede para que as pessoas paguem ou deixem seus tratamentos médicos. O pneumologista Blancard Torres, titular do departamento de medicina clínica da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e autor do livro *Doença, Fé e Esperança*, não tem dúvidas de que o paciente que tem fé cria em si a confiança na recuperação, elevando a imunidade e as chances de resultados positivos no tratamento (MADRUGA, 2005).

Segundo Carl Gustav Jung (*apud* AQUINO, 2007), entre todos os pacientes que ele atendeu na segunda metade da vida, com faixa etária acima de 35 anos, não foi apresentada nenhuma espécie de problema mais grave que não fosse determinado pelo assunto de sua prática religiosa. Todos, em última instância, encontravam-se adoecidos por terem perdido o que uma religião ativa consegue passar para seus seguidores e nenhum se restaurou de forma verdadeira sem reconhecer a prática religiosa que lhe fosse favorável.



## RELIGIÃO E DOENÇA

A religião continua presente na vida das pessoas, mesmo com todo o avanço da ciência, e cada uma vê de forma própria o aparecimento das doenças. Algumas acreditam que a doença física ou mental ultrapassa o corpo e o seu entendimento com o mundo. Na Doutrina Espírita, o ser humano é dividido em três partes: o espírito, que é ligado à mente, que comanda tudo; o perispírito, que é o elo entre a mente e o corpo, e o corpo, que é a parte física. Uma doença pode aparecer quando o perispírito está aflito. Com isso, não há como haver uma transmissão de energia. No Catolicismo, nem sempre a cura é pesquisada. Para a grande maioria, esta é o resultado do “amor de Deus e para Deus”. Os Evangélicos acreditam que a cura está ligada ao lado físico e espiritual do ser humano. Se a pessoa conseguir crer que Jesus foi enviado de Deus e o aceitar como único Salvador, recebe a cura da alma, do corpo e da mente (GAARDER, 2000).

Para Pereira (1997), o movimento de busca do religioso pode ser também uma tentativa de tentar entender, intervir e controlar o presente e o futuro. O conceito de Glasenapp é de que existem poderes transcendentais, pessoais ou impessoais que atuam no mundo e se expressam por *insight*, pensamento, sentimento, intenção e ação (GAARDER, 2000).

Os fiéis aceitam o universo da cura em suas igrejas porque, para essas pessoas, um remédio receitado pelo médico faz o mesmo efeito da água do Rio Jordão que o pastor manda tomar, a água benta do padre ou a água fluidificada pelo médium.

Segundo Alves (1979), o mundo tecnológico, que não dá explicações acessíveis para essas pessoas, torna-os habitantes de um mundo mágico, no qual a falta de entendimento científico da medicina pode ter a mesma lógica dos tratamentos alternativos.



Para Levi-Strauss (1970), não há razão para duvidar da eficácia de certas práticas mágicas, pois a eficácia da mágica implica a crença na magia; crença por parte de quem a prática (padre, médium, pastor, etc), por parte do doente e por parte do consenso (igreja, comunidade ou grupo cultural).

## CIENTISTAS E A CURA PELA FÉ

Para Fish (1988), a potência da cura está na própria fé e nas mãos de Deus. Neves (1984) assevera que as curas sobrenaturais só podem ser compreendidas como atos ritualizados, que demonstram a relação dos seres humanos com o mundo por eles sobrenaturalizado ou com os poderes que conferem às divindades. Raiva, rancor, orgulho, medo, egoísmo, sentimentos comuns a todos os indivíduos, podem ser o cerne de boa parte das patologias encaradas pelas pessoas, segundo a própria medicina.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o Instituto de Psiquiatria (IPQ) da UPS, por meio do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (PROSER), e a faculdade de medicina da Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o núcleo de pesquisa em Espiritualidade e Saúde (Nupes) têm investigado o quanto a espiritualidade do paciente auxilia na cura de doenças físicas e psíquicas que podem ser agravadas a partir de sentimentos ruins e pensamentos destrutivos. Nos Estados Unidos, grandes instituições de ensino como a Escola de Medicina de Stamford, as Universidades Duke, a da Flórida, do Texas e Columbia mantêm centro de estudos exclusivos sobre o assunto, assim como a Universidade de Munique na Alemanha, a da Calgary, no Canadá e o *Royal College of Psychiatrists*, no Reino Unido. Para os centros de pesquisa, há um conjunto de evidências que indicam que a espiritualidade pode impactar na saúde física e mental. Todas as

peessoas nascem com uma defesa natural que consegue retirar do organismo tudo que é estranho a ele. Alguns terapeutas holísticos dizem que quando o corpo está harmonizado, as patologias não aparecem. Confiar no seu médico, ter esperança no tratamento e ter fé são remédios naturais (MADUREIRA, 2021).

Todo cartesianismo e o ceticismo de muitos cientistas ficou extremamente abalado com os acontecimentos que ocorreram nos Santíssimos Marianos do mundo todo. Em Lourdes, pequena cidade nos Pirineus franceses, onde anualmente acontecem milhares de curas inexplicáveis pela ciência, estas foram atribuídas a resultados das orações pelo comitê internacional de médicos (SAVIOLI, 2016).

Em 1903, Aléxis Carrel, médico cirurgião de Lyon, França, assistiu publicamente à cura milagrosa de um peregrino em Lourdes, produzindo um enorme desconforto com o professor titular de cirurgia da Universidade onde fazia seus estudos, que o desligou do curso. Esse fato o obrigou a se transferir para os Estados Unidos, onde anos mais tarde receberia o Prêmio Nobel em Fisiologia (SAVIOLI, 2016).

Estudos recentes demonstram relações entre a espiritualidade e melhoras nos níveis de saúde mental, de enfrentamento de patologias graves, crônicas e até terminais, chamados *coping*, com taxas baixas de quadros de depressão e suicídio, uso de drogas e de mortalidade e menor período de internação (SANTOS, 2008).

Resultados que acompanham essa tendência foram observados por Santos (2008) em pacientes com doenças renais crônicas, demonstrando que a espiritualidade pode proporcionar maior sobrevivência para aqueles que a cultuam, havendo relação de maior frequência e nível de dor em indivíduos que não possuíam ou possuíam baixa frequência religiosa, assim como baixo índice de depressão entre os que mais tinham práticas religiosas.

Existem diversas explicações dos possíveis mecanismos que envolvem a relação entre o religioso e o estado de saúde. Entre elas, a qualidade de vida, os recursos econômicos e a promoção de emoções positivas. Falar da fé, paz, oração e Deus no contexto da saúde e da doença pode beneficiar o bem-estar do outro. Entender o ser humano em vários momentos da vida, especialmente em situações de saúde e de doença, requer resgatar primeiramente valores essenciais da prática profissional de saúde como bondade, humanidade e respeito, há muito esquecidos pela cultura moderna da prática profissional em saúde (CHOCHINOV, 2007).

Sobre a relevância da fé, especialmente a religiosidade, no indicador de qualidade de vida, um estudo realizado sobre pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) demonstrou que a religião influencia beneficentemente na qualidade de vida de indivíduos soropositivos (GUERRERO *et al.*, 2011).

A humanidade tem reverenciado algo superior à sua compreensão racional que, instintiva e intuitivamente, conforme o contexto sociocultural e político e a temporalidade, influenciou na construção dos conhecimentos, práticas, crenças, valores nos diversos povos. As próprias hierofanias, manifestação do sagrado demonstradas em símbolos, mitos ou seres sobrenaturais, também influenciaram na compreensão de saúde e de doenças (MARQUES, 2005).

Já foi constatado junto a profissionais de saúde que a religiosidade de um indivíduo é um coadjuvante na promoção da saúde e no enfrentamento de doenças. As religiões precisam submeter as suas curas e milagres à análise médica e científica. O papa João Paulo II afirmou que a ciência pode purificar a religião do erro e da superstição, assim como a religião pode purificar a ciência da idolatria e do falso absolutismo. A maior proximidade e a abertura das religiões para a ciência e vice-versa colabora para reduzir dúvidas e mal-entendidos,

coopera para aprofundar a fé e afastar o que não é verdadeiro (VALENTE; BACHION; MUNARI, 2004).

No livro *The Faith Factor: proof of the healing power of prayer* (O fator fé: do poder de cura da oração), Matthews e Clark (1998) destacam que a religião organizada oferece uma comunidade que faz e precisa que façam por ela. A medicina tradicional talvez esteja abraçando a espiritualidade porque pode se beneficiar da crença.

Koenig (2012) afirma que entre as 24 pesquisas que já realizou em 20 anos, a que mais surpreendeu foi a que abordou o efeito da fé sobre o sistema imunológico. No entanto, abordar o assunto pede cautela. Algumas crenças não dão esses benefícios que estão sendo descobertos pela ciência, pois não acreditam em um Deus pacífico, misericordioso, mas em um que pune e é severo e, caso não se acredite no perdão, os adeptos se entregam à culpa e ficam mais deprimidos, elevando o nível de cortisol, diminuindo o sistema imunológico e, por conseguinte, piorando o quadro clínico (OLIVEIRA, 2004).

## O OLHAR DA CIÊNCIA SOBRE O PODER DA ORAÇÃO

Um estudo realizado com famílias adeptas a várias religiões (católica, protestante, budista, espírita e espiritualista), nas quais havia crianças com patologias graves, buscou-se estabelecer relações entre a religião e a forma como elas lidavam com a doença. As famílias destacavam a crença em um Ser superior como essencial no processo de enfrentamento da enfermidade com a criança, demonstrando que a fé foi fortalecida com a situação difícil. Entre as multiplicidades de práticas realizadas conforme a profissão de fé de cada família, uma se mostrou comum a todas: a oração (BOUSSO; SERAFIM; MISKO, 2010).



Em estudo de Santos (2008), todos os integrantes das famílias pesquisadas declararam possuir contato com Deus mediante rotina de oração. Alguns, devido à doença, buscando a cura; outros, por essa prática já ser costume e ter sido ampliada no processo de *coping* - o conjunto das estratégias empregadas para se enfrentar situações difíceis, como a doença.

Para Talarico (2010), a oração não é uma cura contra o câncer, mas em algumas situações pode ser tão importante quanto a ciência para ajudar os pacientes a se curarem. A oração pelo próximo pode acarretar paz a quem a realiza, mas questiona-se sobre os benefícios para os alvos da oração. Para responder de forma direta a tal pergunta, uma fundação religiosa americana (*John Templeton Foundation*) avaliou a influência das orações na qualidade de vida das pessoas submetidas à cirurgia das coronárias, constatando que o grupo que foi informado sobre a prática das orações em seu favor demonstrou maiores índices de arritmias cardíacas no pós-operatório. Para os autores, a hipótese de o paciente acreditar que seu quadro devia ser muito grave a ponto de convidarem uma equipe somente para orar por ele influenciou os resultados (GAZETA DIGITAL, 2010).

Quanto mais se pensa em Deus, mais intensamente serão as alterações dos circuitos neurais. A cura física pode ocorrer como resultado do poder da oração. Segundo Talarico (2010), há poder na oração e religiosos ativam áreas específicas do cérebro. Quando se foca em um propósito e se eleva o pensamento junto à espiritualidade, é possível reprogramar toda a forma que o cérebro age, inclinándolo para pensamentos positivos diários e fazendo-o focar em atividades satisfatórias que liberam endorfina e serotonina, que proporcionam prazer e vitalidade.

A fé coopera para que o ser humano consiga desenvolver o que os médicos e terapeutas chamam de *coping*, que se trata da capacidade de separar as dificuldades. Pesquisa de Newberg (2010) constatou

que rezar permitiu aos participantes alcançar um estado *flow* (fluxo de pensamentos e energias). Durante o *flow*, uma cascata de neurotransmissores é liberada no cérebro, incluindo a dopamina (que regula o centro do prazer), serotonina (que reduz o estresse) e norepinefrina (que ativa a resposta de luta ou fuga). Tudo isso se resume em algo que soa quase simples demais: o poder da fé. Ainda afirma que quando mais se acreditar em qualquer coisa que fizer, melhor será o efeito. Isso não significa acreditar na coisa “certa”, Jesus, Alá ou monstro do Espaguete voador, mas crer em algo. Em outras palavras, é preciso ter fé total em qualquer coisa a que se dedicar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se a importância dos estudos relacionados à fé e à cura de doenças. Tem-se observado, por meio de muita investigação e pesquisas, como o ser humano reage à amplitude da fé, seja adorando a um Deus específico ou a vários. A ciência entra nesse histórico para entender melhor o porquê de fatores ligados ao psicológico, ao biológico e ao social sofrerem alguma alteração que leva o indivíduo a adoecer.

Quando o médico se depara com uma pessoa que está doente, necessitando de cuidados, esse profissional tem que entender que, além de vários cuidados físicos, ali está uma pessoa que sofre e que esse sofrimento a deixa mais deficiente fisicamente. É nesse momento que a pessoa precisa da fé, de acreditar que existe algo maior ou um ser maior, para que, através disso, ele possa ter motivação e um sentido para viver e lutar contra a doença.

A fé é algo que não tem classe social, não tem idade, ela simplesmente existe independente da religião, seja ela qual for. Por sua

vez, os estudiosos usam suas pesquisas para obter respostas a esse grande mistério, que é o cérebro humano. A fé e a cura por muito tempo andaram em lados opostos, porém, através das pesquisas realizadas, iniciaram um entendimento e chegaram ao consenso de que as duas podem e devem andar lado a lado. A religião é um recurso para diminuir o sofrimento e criar esperança para o caminho da cura.

O poder da fé é real, e isso já foi confirmado pela ciência. A prece é um momento de encontro, de paz de espírito, de acreditar num ser com infinita sabedoria que é capaz de transcender qualquer problema de saúde mental ou física. Na verdade, muitos religiosos e cientistas concordam que ambas têm como objetivo maior o sentido de vida, que é fundamental ao ser humano. A fé cura, porém ela cura quando vem lado a lado com a ciência e seus avanços. Esses dois mundos se completam e dão um sentido integral à vida.

O tema fé e cura abre um leque de informações, através de cientistas, médicos, religiosos e, ao contrário do que se pensava anteriormente, a fé e a ciência não andam em direções contrárias, pois entende-se que existem situações na ciência que não se explicam.

As atitudes, o costume de rezar, o acompanhamento médico é indispensável para a cura das doenças. Conclui-se que ciência e a fé lidam com situações diferentes: a ciência estuda o natural; a religião, o espiritual.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. A Empresa da Cura Divina: um Fenômeno Religioso. *In*: VALE, E. E.; QUEIROZ, J. J. (Orgs.). **A Cultura do Povo**. São Paulo: Cortez e Moraes & EDUC, 1979.

AQUINO, F. **Ciência e fé em harmonia**. Lorena: Cléofas, 2007.

BOUSSO, R. C.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 1-7, 2010.

CHOCHINOV, H. M. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, v. 335, n. 7612, p. 184-187, 2007.

FISH, J. M. **Placebo Terapia: a Fé no Processo de Cura**. Campinas: Papirus, 1998.

GAARDER, J. **O Livro das Religiões**. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

GAZETA DIGITAL. **O poder das preces**. 2010. Disponível em <https://www.gazetadigital.com.br/editorias/cidades/o-poder-das-precas/240591>. Acesso em: 13 dez. 2021.

GUERRERO, G. P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality and health: the research and clinical implications**. London: ISRN Psychiatry, 2012.

LEVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

MADRUGA, C. M. D. Importância da fé na medicina. **Jornal CRMPB**, nº 63, jul./ago. 2005. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/importancia-da-fe-na-medicina/?lang=en#:~:text=Paracelsus%20revelou%20sua%20postura%20frente,na%20piedade%20de%20Jesus%20Cristo>. Acesso em: 12 out. 2021.

MADUREIRA, D. **Cientistas investigam como espiritualidade pode ajudar a saúde do corpo**. Correio Braziliense, 2021. Disponível em <https://www.correiobraziliense.com.br/ciencia-e-saude/2021/05/4923759-cientistas-investigam-como-espiritualidade-pode-ajudar-a-saude-do-corpo.html>. Acesso em 13 dez. 2021.

MARQUES, L.A. **História das religiões e a dialética do sagrado**. São Paulo: Madras, 2005.

MATTHEWS, D. A.; CLARK, C. **The faith factor: proof of healing power of prayer**. New York: Penguin, 1998.

NEWBERG, A. **Principles of Neurotheology**. Surrey: Ashgate, 2010.

NEVES, D. P. **As Curas Milagrosas e a Idealização da Ordem Social**. Niterói: UFF, 1984.

OLIVEIRA, A. P. **Espiritualidade na vida e no consultório faz bem à saúde**. 2004. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq0801200407.htm>. Acesso em 13 dez. 2021.



PEREIRA, M. T. L. N. **Por uma Psicologia de Corpo e Alma**. 1997. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 1997.

SANTOS, S. C. A. S. **A importância e a influência da fé, da religiosidade e da espiritualidade na experiência do câncer de mama em mulheres mastectomizadas**. 2008. 237f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SAVIOLI, R. M. Oração e cura, fato ou fantasia? **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 281-289, 2016.

TALARICO, A. K. **Como a Ciência se relaciona com a Fé**. 2010. Disponível em <https://www.revistaentreasanas.com.br/post/como-a-ci%C3%A9ncia-se-relaciona-com-a-f%C3%A9>. Acesso em: 13 dez. 2021.

VALENTE, N. M. L. M.; BACHION, M. M.; MUNARI, D. B. A religiosidade dos idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 12, n. 1, p. 11-17, 2004.

# 4

Diórgines de Souza Fagundes

Erika Costa Barreto Monteiro de Barros

Guilherme Nazário Ribeiro

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Antônio Neres Norberg

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Bianca Magnelli Mangiavacchi

## **Espiritualidade e saúde sob o olhar e reflexão da ética e bioética médica**

## INTRODUÇÃO

A bioética tem colaborado para discussões no meio acadêmico e profissional na área da saúde, contribuindo na resolução de conflitos de aspectos físicos, sociais, culturais e éticos. Nessa mesma direção, o profissional médico deve introduzir preceitos relacionados às questões da espiritualidade/religiosidade em sua prática, que podem contribuir para a tomada de decisões do profissional e paciente, pautada no direito ao princípio ético da autonomia, ajudando na construção de espaços mais humanizados de cuidados diretos aos pacientes e seus familiares ou cuidadores (FERRARI, 2019).

Na atualidade, busca-se introduzir a espiritualidade no campo das teorias e práticas médicas, mas, ao mesmo tempo, são muitos os desafios ainda encontrados no modelo praticado pela medicina, pautado nos avanços biotecnológicos e mercadológicos da profissão. No entanto, esse modelo flexneriano impôs o envolvimento do ensino da medicina com biotecnologias vigentes, ou seja, valorizando o modelo biomédico, portanto, pouco espaço tem sobrado para as ciências humanas, afastando a importância da dimensão espiritual do paciente e cuidado integral como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao conceituar o ser humano em sua plenitude e existência, é inconcebível dissociá-lo de sua vida transcendental, ou seja, não se pode segregá-lo dessa concepção espiritual, independente do credo ou crença religiosa. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) definiu a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e não apenas ausência de doença, porém, mesmo importante para a época, essa definição foi insuficiente para superar as questões associadas ao modelo biomédico hegemônico curativista. Assim, em 1999, ampliou o conceito, tornando-o multidimensional e incluindo as dimensões físicas, psíquica, social e espiritual.

Muitas são as publicações científicas a respeito do tema espiritualidade e saúde, todavia, quando se analisa textos com títulos sobre espiritualidade e ética médica brasileira, são encontradas poucas produções científicas. Considera-se muito importante que a espiritualidade, baseada em evidências e nos processos técnico-científicos, possa contribuir na formação humanística do médico, pautada na bioética, alcançando uma consciência da importância do cuidado integral, conforme contexto sociocultural. A sabedoria e o respeito pelas religiões dos sujeitos ou de suas crenças fazem parte de um dos pilares da bioética, assim como a autonomia dos pacientes se apresenta como um dos princípios da ética médica.

O objetivo deste estudo é proporcionar reflexão acerca da ética e bioética médica, como parte fundamental da prática clínica em saúde, em relação ao cuidado espiritual dos pacientes, com preocupação da preservação da autonomia destes e do profissional médico, voltado para formação humanística, baseados nos princípios éticos e legais da profissão.

A pesquisa se desenvolveu por meio de uma revisão sistemática de literatura, baseada em produções científicas, no período de 2011 a 2021. Os artigos foram buscados em bancos de dados de pesquisa em saúde, SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (*Medical Literature Analysis And System Online*). Após essa primeira busca nessas três bases de dados, incluímos o Google Acadêmico, devido à escassez de produções científicas encontradas, relativas ao tema proposto. Foram utilizados também textos da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Código de Ética Médica (CEM) e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).



## PROCESSO HISTÓRICO NA CONSTRUÇÃO DA ESPIRITUALIDADE PAUTADA NA BIOÉTICA MÉDICA

De acordo Pessini *et al.* (2012), a bioética nasceu da obra de um médico cancerologista norte-americano Van Rensselaer Potter, na década de 1970, por meio de sua obra intitulada “Bioética: uma ponte para o futuro”, que denunciava o perigo que era dissociar a cultura científica e humanística, a “bio”, que representa a vida, ou seja, os conhecimentos biológicos da “ética”, a ciência do conhecimento dos princípios morais e valores humanos. Para alguns cientistas especialistas no assunto, a bioética teria surgido muito antes de sua expressão nominal, no Tribunal de Nuremberg, quando, em 1946, foi criado um documento universal após o julgamento de vários nazistas, dentre eles, alguns médicos, que atuaram na segunda guerra mundial, realizando pesquisas em seres humanos nos campos de concentração (FIGUEIREDO, 2018).

Para Almeida (2019), com o surgimento de novos desafios, necessidades e constantes desrespeitos em estudos com humanos, em 1978, foi criado o Relatório de Belmont, da Comissão Nacional para a Proteção de Seres Humanos da Pesquisa Bioética e Comportamental. O autor complementa ainda que o documento foi considerado, na época, um grande avanço e uma ferramenta de proteção à vida, principalmente dos mais vulneráveis.

Ao longo do contexto da construção histórica da bioética, são verificadas muitas ambiguidades e divergências sobre teorias e definições da moral, ética e bioética médica. Entre essas teorias estão os princípios da Bioética Principlalista: autonomia do paciente, beneficência, não maleficência e justiça. Porém a metodologia principlalista se afasta dos preceitos religiosos, quando restringe que cada

indivíduo, dentro dos preceitos éticos, tem o direito a ser atendido em suas necessidades de saúde de forma a se respeitar suas individualidades, valores, possíveis crenças e sua dignidade humana, como um direito do paciente e dever do profissional ao reconhecer essas diferenças e singularidades.

Sobre o contexto da relação entre espiritualidade e princípalismo bioético, visando ao princípio da autonomia:

Deve-se recordar que ele indica que o profissional de saúde deve atuar considerando a capacidade que tem o paciente de decidir e de entender as informações e prescrições médicas, devendo ainda considerar, respeitosamente, suas crenças mais profundas, inclusive sua espiritualidade e religião (BORGES NETO, 2019, p. 92).

A bioética é uma ciência, considerada um ramo advindo da ética, uma área interdisciplinar que busca conexão entre a ciência e as humanidades, que nasce como uma resposta aos conflitos contemporâneos. Logo, tem contribuído para a resolução de conflitos éticos profissionais com o avanço da ciência e da tecnologia na área das ciências médicas. Para a maioria dos bioeticistas, a bioética se tornou um dos pilares para a sobrevivência humana e para a preservação do mundo. Por conseguinte, é imprescindível, nesse campo, considerar a espiritualidade como uma necessidade humana básica a ser valorizada.

## A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE BASEADA NOS PRINCÍPIOS ÉTICOS NA PRÁTICA MÉDICA

Oliveira *et al.* (2013) fazem uma breve distinção entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade que podem ou não estarem relacionados. Eles apontam que a espiritualidade tem uma dimensão

mais individual do ser humano, como algo mais íntimo do “Eu” com suas crenças em Deus ou outras representações, como a natureza, indivíduos ou coisas sobrenaturais. Já a religiosidade está ligada mais a algo institucionalizado, explicado por algumas práticas realizadas por crenças e rituais que podem ou não estar inseridos em uma religião. Os mesmos autores alertam que é necessário o exercício da medicina ser pautado pela ética. Sendo assim, a espiritualidade é considerada como os atos humanos morais, exigindo do profissional uma compreensão mais humanística, pautada no paciente, preservando a equidade e integralidade do cuidado em saúde, incluindo o espiritual.

A importância da inclusão da abordagem espiritual como direito de todos os pacientes, está em conformidade com a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), expressa logo no início do documento, afirmando que a identidade envolve as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Desta forma, colocou no centro do debate as reflexões sobre bioética e direitos humanos de toda a comunidade internacional de ciências da saúde, para uma reflexão de um cuidado de saúde mais humanizado, de acordo com novas demandas no campo profissional médico, para atender melhor as principais demandas do paciente frente aos avanços biotecnológicos, inegavelmente importantes para diagnósticos e tratamento, porém menos sensível ao sofrimento humano.

Pode-se dizer que cuidado espiritual não é sinônimo de cuidado religioso. A assistência espiritual aborda o paciente no campo prático, fundamentalmente nos processos de anamnese, diagnóstico e cuidados ligados à espiritualidade. Então, para passar por esse processo, o profissional médico necessita de um olhar clínico atento, escuta solidária e compadecida, buscando minimizar possíveis sofrimentos físicos, emocionais, psicossociais e espirituais (ESPERANDIO; LEGET, 2020).

Almeida (2019) declara que cada paciente que entra nos serviços de saúde carrega consigo, além de sua doença, um complexo

conjunto de históricos de vida, contextos, vivências, experiências, e não apenas sua dor e sofrimento. Sobre isso, Moretto e Freitas (2014, p. 79) mencionam que “esse novo olhar humanizado permite [saber] que o paciente, ao chegar ao hospital, traz consigo, além da doença, sua história de vida, saberes e suas práticas espirituais”.

O reconhecimento da dimensão espiritual por equipes das áreas da saúde tem ajudado na melhor adesão ao tratamento, prognóstico e fortalecimento da relação de confiança entre profissional-paciente-família. Em contrapartida, a espiritualidade, suscitada como prática religiosa, pode gerar conflitos éticos entre profissionais de saúde e pacientes, muitas vezes difíceis de serem solucionados, transformando-se num cenário negativo da religiosidade.

## O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E SUA RELAÇÃO EM UM CONTEXTO ESPIRITUAL DO SUJEITO

Para Garrafa *et al.* (2017), o Código de Ética Médica (CEM), revisado, em 2009, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), foi baseado na Bioética Principlalista norte-americana, que se tornou ineficaz na resolução de conflitos éticos médicos no mundo pós-moderno em países emergentes e em desenvolvimento. Outras bases teóricas podem ser consideradas e complementadas para o desenvolvimento de uma bioética médica fomentada nas relações multi, inter e transdisciplinares, pensamento pluralista, democrático, humanístico, valorização das questões sociais, culturais e espirituais.

Desde 1945, o Código de Ética Médica tem passado por várias atualizações, para que sejam capazes de responder aos novos desafios éticos vigentes do tempo atual. Novamente, o CEM foi revisado, agora pela Resolução CFM nº 2.217/2018 (CFM, 2018).



De lá para cá, entretanto, ficou evidente a necessidade de revisá-lo e aperfeiçoá-lo em razão do acúmulo, em curto espaço de tempo, de avanços técnico-científicos ocorridos tanto no âmbito da arte e da ciência médica, propriamente ditas, como das relações humanas, profissionais e sociais, além do imperativo de adaptar o código às recentes resoluções do CFM e à legislação vigente no país (FERREIRA; PORTO, 2018, p. 479).

Para Garrafa *et al.* (2017), os códigos de ética profissionais devem se ajustar às mudanças da sociedade nos aspectos políticos, econômicos e sociais, conseqüentemente elegendo valores, princípios e normas que protegem e ampliam os direitos das pessoas, principalmente dos mais vulneráveis. Citam ainda que as constantes revisões dos códigos de ética médica no Brasil não foram baseadas na bioética latino-americana, ainda em construção conceitual, mas sim numa bioética paternalista advinda de países anglo-saxões, distante do reconhecimento ampliado, inclusivo e democrático.

Diante desse cenário, existe uma divergência entre os códigos de ética médica até agora propostos e a evolução da bioética. Por conseguinte, é imprescindível que a bioética médica dialogue com outras áreas do conhecimento, entre elas as humanidades, filosofia, sociologia, antropologia e psicologia, entre outras. Por isso, é imprescindível ampliar o debate para uma bioética baseada nos preceitos legais da Constituição Federal de 1988, com preservação do Estado laico e a liberdade de consciência e crença, capaz de responder integralmente às questões espirituais dos pacientes enfermos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina, como parte integrante de uma equipe interdisciplinar na área da saúde, deve sempre identificar e incorporar na prática clínica as necessidades espirituais, ou seja, integrar a espiritualidade no

plano de avaliação para identificar problemas espirituais e existenciais. Portanto, através do uso de ferramentas na assistência ao paciente, pode-se incluir também a anamnese espiritual, diagnóstico e tratamento.

Concomitantemente, deve-se permitir maior abertura de espaços para diálogos sobre a espiritualidade, nos planos de cuidados em saúde, entre pacientes, profissionais, família e instituições de saúde. Importante também valorizar os aspectos da diversidade cultural, social e espiritual, o que conseqüentemente, fortalece a troca de experiências entre todos os atores, permitindo que o paciente tenha o direito ao suporte espiritual em seu momento de maior vulnerabilidade, de acordo com sua autonomia, tornando-o coparticipante de seus próprios cuidados.

Conclui-se que existem poucos estudos sobre a temática da espiritualidade como parte integrante no código de ética médica brasileiro. Logo, faz-se necessário que os Conselhos Regionais e Federal de Medicina continuem abrindo espaços de diálogos para novas atualizações no arcabouço das normas éticas do Código de Ética Médica, em conformidade com as grandes transformações da sociedade brasileira, na intenção de dialogar com outras categorias profissionais da saúde e ser capaz de responder aos conflitos espirituais dos profissionais, paciente e seus familiares. Sendo assim, é fundamental melhorar a inserção dos aspectos espirituais à luz e reflexão da bioética e sua aplicação na prática clínica, com acolhimento para um cuidado mais integral e humanizado, em conformidade com princípios e diretrizes do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. T. **Entre bioética e espiritualidade:** cuidado humanizado de pacientes de hospitais públicos. 2019. 73f. Dissertação (Mestrado Profissional em Teologia) – Faculdades Est, São Leopoldo, 2019.

BORGES NETO, R. S. B. Bioética e espiritualidade: uma ponte entre imanência da ciência e a transcendência da pessoa. **CREatividade**, v. 45841, p. 81-98, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217/2018**. Código de Ética Médica. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> >. Acesso em 28 nov. 2021.

ESPERANDIO, M.; LEGET, C. Espiritualidade nos cuidados cuidados paliativos: questões de saúde pública?. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 543-553, 2020.

FERRARI, R. R. A formação dos/as profissionais da saúde acerca da morte dos/as pacientes fundamentada na bioética e na espiritualidade. **Revista Acadêmica Novo Milênio**, v. 1, n. 1, p. 33-47, 2019.

FERREIRA, S.; PORTO, D. Novo código de ética médica, bioética e esperança. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 81-98, 2018.

FIGUEIREDO, A. M. Bioética: crítica ao principalismo, constituição brasileira e princípio da dignidade humana. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 494-505, 2018.

FREITAS, C. R.; MORETTO, C. C. Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n. 2, p. 77-93, 2014.

GARRAFA, V. *et al.* Código de ética médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 244-254, 2017.

OLIVEIRA, G. R. *et al.* Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev Bras Clin Med**, v. 11, n. 2, p. 140-144, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Fifty-second World Health Assembly**. Verbatim records of plenary meetings and list of participants. Genebra: WHO; 1999.

PESSINI, L. *Et al.* Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. **Revista Bioethikos**, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012.



# 5

Fabio Vargas dos Santos

Gabriel Farias da Silva

Giselly Figueiredo de Oliveira Borges

Nayara Silva Borges Faneli

Tamillis Figueiredo de Oliveira

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Bianca Magnelli Mangiavacchi

## **A importância da espiritualidade em pacientes com câncer**



## INTRODUÇÃO

Constata-se que aproximadamente uma a cada seis mortes é resultante do câncer, sendo este a segunda causa de óbitos em todo o mundo. O diagnóstico e o tratamento médico ocasionam, além do sofrimento físico, o desgaste emocional e alto nível de estresse na vida dos pacientes e de seus familiares (LEE, 2019).

Após o diagnóstico da doença, os pacientes passam por muitas situações estressantes e desafiadoras relacionadas à aceitação, enfrentamento e tratamento da patologia. Com isso, primeiramente vivenciam um estado de negação e somente depois passam a observar uma nova realidade, enfrentando a doença amparados na esperança (GERRERO *et al.*, 2011).

Segundo Salci e Marcone (2011), os pacientes diagnosticados desencadeiam emoções durante o processo de adaptação e aceitação da doença, tais como conflitos emocionais e alterações de humor. Mesmo com os avanços tecnológicos da medicina, o processo de aceitação é difícil e ocasiona uma transformação na vida do paciente, bem como o significado da vida e valorização de situações antes não constatadas.

O câncer pode trazer prejuízos psíquicos não somente para o paciente, mas também para seus familiares. A doença pode afetar também as pessoas que convivem com o paciente, desencadeando perturbações e estresse pós-traumático. Nesse sentido, um olhar para além do indivíduo acometido pela patologia faz-se necessário, já que o adoecimento tende a afetar o paciente e aqueles que com ele convivem (TEIXEIRA; PEREIRA, 2011).

A partir dessa perspectiva, tem-se a espiritualidade e a crença religiosa como ferramentas especialmente importantes para os portadores da doença. De acordo com Lee (2019), evidências científicas

têm mostrado que aqueles que se comprometem com crenças e práticas espirituais ou religiosas, de uma forma geral, conseguem lidar melhor com o diagnóstico, sendo este mecanismo denominado enfrentamento espiritual. Constata-se também a relevância dos cuidadores contarem com o enfrentamento espiritual.

Desde o diagnóstico inicial até o tratamento, sobrevivência, recorrência e morte, a compreensão dos pacientes com câncer sobre sua doença e sua vida contempla não somente o aspecto físico, mas também o social, emocional e o espiritual. O diagnóstico levanta questões e preocupações existenciais que se relacionam com a espiritualidade (PUCHALSKI, 2012).

A espiritualidade está intimamente relacionada com pacientes com câncer, consistindo em uma ferramenta que contribui para o enfrentamento da doença. Assim, o próprio paciente, quando amparado pela fé, tem suas chances de cura e sobrevida aumentadas (GERRERO *et al.*, 2011). Por meio da fé, os pacientes conseguem encontrar um caminho pelo qual enfrentam os desafios impostos pela doença, sobretudo a angústia e o medo diante da possibilidade de morrer (SORATTO, 2017).

A espiritualidade é uma dimensão integrante do ser humano e tem sido reconhecida como fator crítico para a saúde e o bem-estar dos pacientes, havendo uma relação direta desta com uma variedade de resultados benéficos para os pacientes, incluindo qualidade de vida e maior capacidade de enfrentamento. As práticas espirituais, como a meditação, também demonstraram alguns benefícios à saúde (PUCHALSKI, 2012).

Portanto, tem-se a espiritualidade como um elemento essencial na vida do indivíduo e como um fator crítico na maneira dos pacientes com câncer lidarem com a doença. Em seu sentido mais amplo, relaciona-se com o significado que encontram para suas vidas. A doença

pode levar a problemas existenciais que desencadeiam sofrimento e angústia profundos e, por isso, destaca-se o papel de cada membro da equipe de saúde na abordagem da espiritualidade, sobretudo no sentido de valorizar as convicções espirituais/religiosas de cada indivíduo durante o atendimento (PUCHALSKI, 2012).

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar a importância da espiritualidade em pacientes com câncer, bem como para seus familiares, destacando a atuação do profissional de saúde. Para tanto, foi realizada pesquisa em bancos de dados, utilizando artigos científicos que discorrem sobre o tema, tendo sido selecionados aqueles de maior relevância para o objetivo proposto.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, empregando uma perspectiva descritiva de dados já publicados acerca do tema. Para sua construção, foi realizada uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e suas bases de dados indexadas, no mês de dezembro de 2021, com estudos publicados nos últimos 5 anos, disponíveis na íntegra para leitura, utilizando os seguintes descritores: “Espiritualidade e Saúde”, “Pacientes Oncológicos”, “Câncer”. Além disso, foram consultadas referências bibliográficas que versavam acerca da temática, disponíveis em revistas científicas nacionais e internacionais.

## A ESPIRITUALIDADE NA ACEITAÇÃO DA DOENÇA, ADESÃO AO TRATAMENTO DO CÂNCER E PALIAÇÃO

O câncer na sociedade pós-moderna, embora existam inúmeros recursos de tratamento, em suas formas mais agressivas ou avançadas, é considerado uma doença de difícil cura, que evidencia a proximidade da morte. Tal consideração frequentemente faz com que os

pacientes e os familiares, diante da desesperança e do sofrimento causado pela descoberta do problema, busquem na espiritualidade algum sentido positivo para enfrentar essa fase (KOENIG, 2001).

É característica do ser humano a constante busca pelo sentido da vida, com o intuito de encontrar razões que justifiquem o viver. A espiritualidade entra, nesse contexto, como uma das formas através das quais os indivíduos buscam motivação para enfrentar os empecilhos, tanto em sentido físico quanto psicológico (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Em outras palavras, considera-se a espiritualidade uma forma pela qual cada ser encontra seus motivos para continuar e suportar a vida (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Compreende-se, então, que a espiritualidade é um fenômeno em que há a fusão entre o corpo e a mente, proporcionando ao indivíduo sentimentos relevantes de fé e de força no enfrentamento da doença (FERREIRA *et al.*, 2020). De acordo com Oliveira *et al.* (2018) e Vidal (2018), a espiritualidade, cada vez mais, vem sendo utilizada como uma forma de compreensão e alívio do sofrimento, não se limitando à dor física, mas atingindo o próprio fator psíquico. Assim, atua como uma forma de enfrentar os traumas e as situações estressantes do processo de aceitação da doença. Nesse contexto, os cuidados espirituais fazem-se aplicáveis em todas fases do tratamento, independente de cultura e tradição religiosa (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Um outro fator bastante relevante é que a espiritualidade pode proporcionar maior conexão entre médico-paciente, de modo que o ser tratado entenda a urgência da equipe em não mensurar esforços em confortá-lo. De outra maneira, diz-se que a fé e a esperança são trabalhadas e, assim, a assistência ao paciente diagnosticado com câncer se torna mais adequada (PINTO *et al.*, 2015).

A espiritualidade também vem se mostrando de grande valia na área dos cuidados paliativos. O termo paliativo advém do latim



*pallium*, que é entendido como manto, sendo que sua etimologia provém de um manto que aquece os pacientes, pois os mesmos não podem ser mais ajudados com a medicina (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Isso deve ser compreendido, atualmente, como uma necessidade de auxiliar os pacientes mesmo quando a medicina não permitir a cura e para dar conforto e dignidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) e Mateus *et al.* (2019), os cuidados paliativos são compreendidos como uma busca de métodos que aprimorem a qualidade de vida dos pacientes, bem como dos familiares, para enfrentamento dos problemas de saúde, sendo necessário uma correta avaliação para o tratamento da dor e outros fatores de incômodo que interferem na qualidade de vida.

Perante tal constatação, é necessário que haja maior atenção ao tratamento do paciente e da família no enfrentamento da doença como uma forma de superação da dor, não se limitando à parte farmacológica. A família é de suma importância para que o paciente não passe solitário pelas dificuldades, promovendo a melhora na sua qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Nesse sentido, a espiritualidade é um mecanismo de enfrentamento emocional do paciente e da família (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Mais uma vez, portanto, coloca-se em pauta o cuidado paliativo nos ensinamentos de Oliveira *et al.* (2019). Reitera-se que este possui como escopo tratar o paciente em todos os seus âmbitos, bem como a família, visando a uma maior qualidade de vida. Já no ponto de vista de Mateus *et al.* (2019), a palição não procura a cura, mas tem por objetivo trazer o conforto aos sintomas físicos, sociais e até mesmo os espirituais da família e do paciente enfermo.

A espiritualidade se situa, nesse contexto, como um aporte à palição, no que tange ao enfrentamento da morte iminente, trazendo benefícios para o paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Ainda proporciona

um melhor entendimento do paciente perante a descoberta da doença. Além disso, contribui para uma melhor adesão aos tratamentos de câncer, sendo uma maneira de lidar com a situação desde o diagnóstico até os cuidados paliativos (FERREIRA *et al.*, 2020).

Com a espiritualidade, o paciente busca compreender e tenta minimizar o sofrimento do tratamento, além de fornecer esperanças para a cura. Isso permite maior energia para o indivíduo que atravessa uma fase indiscutivelmente complexa em sua vida. “O sujeito passa a ter novas metas e desafios a cumprir e a espiritualidade oferece o suporte para encarar essa etapa” (SOUSA JUNIOR, *et al.*, 2017, p. 10).

Desse modo, abordar a espiritualidade vem sendo considerada uma forma de humanizar o tratamento, de ouvir e estar presente perante a dor e o sofrimento do paciente. Cabe aos profissionais de saúde em geral desenvolver uma conexão para o enfrentamento do câncer, sendo a espiritualidade, conforme citado acima, uma possibilidade de intensificar essa relação. Dessa forma, a espiritualidade pode ser usada como parte do processo, sendo que o objetivo é proporcionar ao paciente uma melhor assistência e adesão ao tratamento, além disso buscam-se intervenções mais humanizadas que proporcionem um melhor prognóstico (PINTO *et al.*, 2015).

No tratamento paliativo, abordar a espiritualidade proporciona ao paciente uma visão menos deletéria da condição que enfrenta, otimizando a adesão ao tratamento e, por conseguinte, os resultados. Através dela, busca-se o sentido da vida, uma reflexão da existência humana e, frequentemente, atingem-se bons resultados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Entende-se que, para cuidados mais humanizados, a espiritualidade constitui uma ferramenta de grande valia, sendo muitas vezes encarada como necessidade pelos próprios enfermos ou seja, existe uma busca ativa, da parte destes, fazendo com que seja urgente

a necessidade de entender as necessidades espirituais como mandatórias nos cuidados paliativos (FERREIRA, 2010).

O impacto ao ser diagnosticado com câncer é bastante considerável, de modo que outros sentimentos como medo, angústia e incertezas são particularmente comuns. Os pacientes ficam diante de um grande sofrimento pelo diagnóstico e pelo medo da morte e das consequências. A busca pela espiritualidade advém disso, a saber, da necessidade de justificar a dor e conferir algum grau de sentido e, por consequência, conforto (ROCHA, 2016).

Segundo Rocha (2016), a espiritualidade é uma expressão da identidade e o propósito da vida de cada um mediante a própria história, experiências e aspirações. A fé na própria espiritualidade promove alívio e sensação de pertencimento, transformando a perspectiva do paciente perante a doença para algo menos doloroso. Trata-se de uma forma de apoio que é mais que necessária (ROCHA, 2016).

Os pacientes tendem a desenvolver formas próprias de esperança, amparo e força que são totalmente exclusivas e subjetivas. Isso é resultado da desestruturação que o diagnóstico de câncer promove e o comportamento resultante é o desespero do doente em encontrar algum sentido em meio ao caos (SILVA, 2021).

Assim, os profissionais que conduzem seus pacientes com um cuidado espiritual tendem a promover um tratamento mais humanizado e abrangente perante a situação de fragilidade do paciente. Em se tratando de palição, é muitas vezes a única fonte de conforto possível, sendo imperioso que a espiritualidade seja desenvolvida no cuidado aos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

## A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) como a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida também está relacionada à repercussão de doenças e tratamentos que a influenciam (ROMERO *et al.*, 2013).

O conceito de QV surgiu como avaliação de resultado na área da saúde, a partir de 1970, e, juntamente com o avanço da medicina, ocorreu um aumento da expectativa de vida, já que algumas doenças se apresentam com maior perspectiva de cura e tratamentos mais eficazes foram desenvolvidos para as doenças crônicas (PANZINI *et al.*, 2017).

A OMS (2017) incluiu a dimensão “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais” no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life Instrument* 100 itens: WHOQOL-100. Estudos posteriores revelaram que essa dimensão era insuficiente para mensurar a QV. Dessa forma, foi implementado o Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB), dessa vez baseado na expectativa transcultural, que já foi validado no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Sabe-se que o diagnóstico de câncer altera o modo de viver do paciente, provocando alterações físicas e emocionais causadas pelo tratamento, além da perda da autoestima. Estudo de Teunissen *et al.* (2007) revela que mais de 50% dos pacientes oncológicos apresentam cinco sintomas comuns: fadiga, fraqueza, dor, perda de peso e anorexia. Esses sintomas resultam em sentimentos de baixa autoestima,



ansiedade, depressão, angústia, insegurança e medo, o que influencia na qualidade de vida do paciente e compromete a eficácia do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Esses aspectos físicos e emocionais podem acarretar aos pacientes a impossibilidade de trabalhar, a dependência de outras pessoas, associado a outras alterações na vida diária que depreciam sua qualidade de vida. Estudo de Rusa *et al.* (2014) com doentes renais crônicos revelou que esses pacientes apresentam menores escores no domínio físico do WHOQOL-Bref, apresentando maior comprometimento físico e baixa QV. Dessa forma, é de suma importância que haja intervenções durante o tratamento para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer.

Camargos (2014), em um estudo sobre a avaliação da espiritualidade/religiosidade e sua associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e profissionais de saúde de um hospital oncológico, revelou que esta pode influenciar positivamente em alguns domínios da QV de pacientes com câncer, pois os aspectos do WHOQOL-SRPB e os domínios psicológico, ambiental e global do WHOQOL-Bref apresentaram correlações moderadas entre a maioria. Estudos revelaram que os aspectos “fé” e “admiração” apresentam maiores escores na aplicação do WHOQOL-SRPB (RUSA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Um estudo com pacientes com câncer colorretal metastático em quimioterapia paliativa revelou que estes mudavam seus objetivos de vida, a fim de elevar o bem-estar espiritual, reavaliando as relações com os outros e com Deus e alçando as relações que eram relevantes antes da doença (ROHDE *et al.*, 2017).

Oliveira *et al.* (2018), em seu estudo com pacientes em quimioterapia, encontrou duas categorias: “Conhecendo o meu diagnóstico” e “Enfrentando a Doença”, observando que a fala predominante foi que a fé em Deus é o que dá condições de enfrentar a doença. Isso revela

a importância de avaliar a magnitude da dimensão espiritual para o paciente oncológico no enfrentamento da enfermidade, pois pode ajudá-lo na fase de adoecimento.

Matos *et al.* (2017) mostram que mensurar a qualidade de vida não é uma tarefa fácil, pois é um conceito abstrato e subjetivo, além de não possuir definição consensual. A própria definição de qualidade de vida da OMS é complexa e demonstra aspectos positivos e negativos, sugerindo que diversos aspectos da QV devem ser analisados na avaliação de pessoas com doenças terminais em cuidados paliativos.

No geral, pacientes em cuidados paliativos procuram a religião/espiritualidade como apoio, proporcionando esperança, fé na cura da doença e retorno à saúde. As relações entre religiosidade/espiritualidade e cuidados paliativos têm sido alvo de muitos estudos e os resultados revelam uma relação positiva na maioria dos casos. Demonstram também que a religiosidade e a espiritualidade elevam a qualidade de vida e colaboram para a diminuição do estresse e depressão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade pode ser entendida como via terapêutica para indivíduos com câncer. A doença pode acarretar desequilíbrio emocional e psicológico, desde o diagnóstico final e durante o tratamento. Entretanto, é preciso compreender que, antes do paciente se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos bem aliviados e controlados. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo. Experimentar um processo de morte serena é, antes de tudo, ter a oportunidade de

viver em plenitude seu último momento e proporcionar o alcance dessa plenitude é o objetivo primordial dos cuidados paliativos.

Os profissionais responsáveis pelos indivíduos com câncer precisam ser capazes de envolver os cuidados espirituais na assistência ao doente, a fim de dar conforto, afeto, tranquilidade, não só para os pacientes, mas também para os familiares. O sentimento da resiliência provém da espiritualidade, que mesmo não garantindo a cura, é capaz de amenizar e proporcionar melhor aceitação da doença.

Os aspectos espirituais e religiosos dos pacientes oncológicos devem ser considerados para melhorar os cuidados em saúde, aspectos esses que refletem a importância da espiritualidade na vida dessas pessoas, considerando a fase em que se encontram. O respeito pela crença dos pacientes, por parte dos profissionais da saúde, faz com que haja uma melhor relação interpessoal entre a equipe e a pessoa assistida, aumentando a confiança e o apoio espiritual que elas necessitam.

Neste ponto, há um entendimento para o significado e a importância da espiritualidade para enfrentar o câncer, levando em conta a maneira de lidar com a espiritualidade e a forma como o paciente enfrenta as diversas dificuldades. Assim, a espiritualidade se torna extremamente positiva para esse enfrentamento, visto que se apega a essas dificuldades por meio da fé, com o objetivo de minimizar o sofrimento e ter esperança, pois nem sempre há cura e, por isso, é necessário buscar o bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- CAMARGOS, M. G. **Avaliação da espiritualidade/religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico.** 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII/Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2014.

- EVANGELISTA, C. B. *et al.* Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 554-563, 2016.
- FERREIRA, L. F. *et al.* A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, p. 1-13, 2020.
- GUERRERO, G. P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.
- KOENIG, H. G. Religion and medicine III: developing a theoretical model. **Int J Psychiatry Med**, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.
- LEE, Y. H. Spiritual Care for Cancer Patients. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v. 6, n. 2, p. 101-103, 2019.
- MATEUS, A. F. *et al.* Cuidados Paliativos na formação médica. **REFACS**, v. 7, n. 4, p. 542-547, 2019.
- MATOS, T. D. S. *et al.* Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2017.
- OLIVEIRA, D. S. *et al.* Influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. **Temas em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 76-102, 2018.
- OLIVEIRA, I. C. *et al.* Cuidados Paliativos e Espiritualidade no Sistema Único de Saúde: Uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Mult. Psic**, v. 13, n. 45, p. 405-419, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **WHOQOL**: Measuring quality of life. Introducing the WHOQOL instruments. 2017. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/). Acesso em 14 out. 2021.
- PANZINI, R. G. *et al.* Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 263-82, 2017.
- PINTO, A. C. *et al.* A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Rev. Saúde. Com**, v. 11, n. 2, p. 114-122, 2015.
- PUCHALSKI, C. M. Spirituality in the cancer trajectory. **Ann Oncol**, Supl 3, p. 49-55, 2012.
- ROCHA, P. T. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. **Retep - Rev. Tendên. da Enferm. Profis**, v. 8, n. 4, p. 2031-2036, 2016.



ROHDE, G. *et al.* Spiritual Well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving on chemotherapy: a qualitative study. **Cancer Nursing**, v. 40, n. 3, p. 209-216, 2017.

ROMERO, M. *et al.* Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? **Springerplus**, v. 2, n. 1, p. 664-670, 2013.

RUSA, S. G. *et al.* Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 911-917, 2014.

SALCI, M. A.; MARCONI, S. S. Apos o câncer: uma nova maneira de viver a vida. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 374-383, 2011.

SILVA, D. A. O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, p. 1-14, 2020.

SORATTO, M. T. *et al.* Espiritualidade e resiliencia em pacientes oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016.

SOUSA JÚNIOR, F. *et al.* Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 1, p. 45-51, 2017.

TEIXEIRA, R. J.; PEREIRA, M. G. Impacto do câncer parental no desenvolvimento psicológico dos filhos: uma revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 3, p. 513-522, 2011.

TEUNISSEN, S. C. C. M. *et al.* Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. **J Pain Symptom Manag**, v. 34, n. 1, p. 94-104, 2007.

VIDAL, A. L. *et al.* Espiritualidade e cuidados paliativos no tratamento de pacientes oncológicos. CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO, 3., 2018, Anápolis. **Anais...** Anápolis: Universidade Evangélica de Goiás, 2018.

# 6

Raquel de Souza Gonçalves

Rayssa Bittencourt Zaina

Alvarino da Silva Oliveira

Roberta da Silva Nascimento

Lívia Rezende Machado

Vinícius de Deus Lemos

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Bianca Magnelli Mangiavacchi

## O papel da espiritualidade em tempos de COVID-19

## INTRODUÇÃO

A literatura descreve que o coronavírus foi identificado pela primeira vez na década de 1960 e, a partir daí, novas cepas desse vírus foram surgindo e se alterando até chegar ao caos no final de 2019, com o coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (KENDALL; BYONE; TYRRELL, 1962).

Assim, essa doença infecciosa respiratória atingiu muitas pessoas em todo o globo terrestre de forma que, em março de 2020, esta foi considerada uma pandemia, suscitando alguns questionamentos: Como cuidar da mente nesse período tão conturbado? Como pacientes e trabalhadores, nesse período, se comportaram diante de tanto alarde e crescimento dos casos? A espiritualidade pode contribuir para o cuidado da mente e do corpo? (BARBOSA *et al.*, 2020).

Entende-se por espiritualidade uma forma de buscar significados para propósitos de vida, ou seja, ter um encontro com algo que dê sentido à existência, que cause bem-estar, não sendo necessário envolver a religião para que isso ocorra (FERREIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, em tempos de pandemia, muitos que estão em seus lares ou hospitalizados, podem desenvolver sofrimento principalmente psíquico, por conta da fragilidade em que o corpo se encontra pela doença, medo da morte e paralisação das atividades cotidianas, que hoje não são mais normais. Todas essas mudanças influenciam na vida do ser humano e a espiritualidade vem para dar equilíbrio, fazer com que a esperança brote, buscando, assim, conduzir o material a partir da espiritual (SANT'ANA; SILVA; VASCONCELOS, 2020).

Entende-se que a valorização espiritual, alicerçada no paciente durante a sua estadia em um hospital para o tratamento da COVID-19, pode auxiliar na sua recuperação, ou seja, contribui para a qualidade de vida, para o equilíbrio, ajudando no tratamento da fobia, por exemplo (TEIXEIRA *et al.*, 2021).



A espiritualidade e a religião sempre estiveram ligadas à saúde, sendo de suma importância para a recuperação, assim como os pensamentos otimistas, contribuindo para que os fatores positivos apareçam, fazendo com que haja o bem-estar do paciente (GERONE, 2016; ALVES; JUNGES; LOPEZ, 2010).

Entende-se que a espiritualidade, nesse período tão delicado de saúde, ajuda na compreensão dos processos que são postos, onde o ser humano não tem o poder de intervir de fato, ou seja, a espiritualidade auxilia no processo do sofrimento, de entendimento da vida, bem como atua diretamente nos níveis de estresse ligados aos sofrimentos psiquiátricos. Contudo, é necessário um apoio profissional para que os que estão passando por esses momentos se encontrem consigo mesmos e busquem força para superar esse estado tão delicado que é o da COVID-19 (ALVES; JUNGES; LOPEZ, 2020).

A espiritualidade pode ser praticada de algumas formas como a atenção plena, buscando o presente sem julgamentos, com pensamentos positivos. Ainda se pode mencionar a meditação, yoga, recitação de mantras e o Tai Chi, que auxiliam no exercício da mente e do corpo para que haja uma reabilitação psicológica que vai refletir na diminuição do estresse e de doenças cardiovasculares (DÍAZ, 2020).

Nessa perspectiva, estudar sobre a espiritualidade em tempos de pandemia da COVID-19 é de suma importância, pois muitas famílias, profissionais da saúde e a população de modo geral se encontram em momento de incerteza do amanhã. Assim, a espiritualidade está diretamente vinculada ao fato de trabalhar questões de saúde mental, mesmo que de forma menor, buscando potencializar a qualidade de vida do ser humano (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo discorrer sobre os benefícios das afirmações espirituais durante a pandemia da COVID-19, analisando as mudanças vividas pelo processo da espiritualidade no seu enfrentamento. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica,



com busca nas bases de dados do Google acadêmico, Scielo e na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2007 a 2021, onde foram selecionados artigos dedicados ao tema, além de consulta em livros.

## A RELAÇÃO ENTRE A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE

Ao se analisar os conceitos apresentados acerca da definição de espiritualidade, é necessário destacar ao menos dois dos pontos de vista encontrados. O primeiro entende que a espiritualidade é uma procura pelo significado da vida, além do relacionamento entre o homem com o sagrado ou o transcendente. O segundo ponto de vista a entende como uma referência às manifestações humanas, que possuem a finalidade de superar as adversidades que ocorrem no cotidiano, sem possuir, necessariamente, uma correlação com o sagrado (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).

Sobre o conceito de religiosidade, Scussel (2007, p. 45) disserta que a vivência da espiritualidade é a religiosidade em sua forma ritualística, ou seja, demonstrando a fé e a espiritualidade através da religiosidade, por meio de rituais diários, nos momentos de lazer e nas atitudes, tendo em vista que, a todo momento, o ser humano demonstra e manifesta sua espiritualidade através desses rituais religiosos. Sobre a religiosidade, o autor ainda ressalta que a "religiosidade é religiosa enquanto expressão da fé, pessoal ou comunitária, num rito que acontece no mundo profano, não somente no templo, na igreja, na casa sagrada, mas no cotidiano, permeado pela realidade".

Toda a agenda religiosa aborda a espiritualidade e, independente dos temas, de alguma forma, ela estará presente, seja em meio a seus debates, discussões e encontros. Destaca-se que o tema não

se estabelece somente no âmbito religioso, mas também no setor cultural, empresarial, econômico etc. e, quando este é abordado, os indivíduos dissertam sobre suas experiências e sobre os momentos espirituais que vivenciam ou vivenciaram. As empresas e outros setores, de forma geral, possuem uma maior preocupação com o estado espiritual dos seus colaboradores, oferecendo palestras e cursos para que trabalhem tal tema em suas vidas, pois esse assunto está cada vez mais presente no dia a dia (SOUZA, s.d.).

Entende-se por “espiritualidade” o atributo inato da essência humana que promove bem-estar e dá um novo sentido à vida, o que é diferente de “religiosidade”, que pode ser compreendida como a manifestação da adoção de valores, crenças e rituais que respondem às perguntas basilares sobre o viver e o morrer, apesar das variadas versões conceituais que confundem os termos e, com isso, ainda não atingiram senso comum. No entanto, é consensual que a espiritualidade promove a introspecção e potencializa o ser humano com a capacidade de se ver, proporcionando o desenvolvimento de ações estoicas diante de situações complexas e difíceis, dotando o indivíduo de força interior para atingir o equilíbrio de mente, do corpo e da alma (HOTT, 2020, p. 1).

Quando a espiritualidade está presente de maneira expressiva no cotidiano das pessoas, há uma diversidade de benefícios, dentre os quais o fortalecimento da autoestima, uma melhoria na sua qualidade de vida, um maior comprometimento para com as suas atividades laborativas, além de uma satisfação ao realizar tais atividades, um sentimento de propósito e pertencimento ao local em que está, além de possibilitar uma maior resiliência para lidar com situações traumáticas que podem ocorrer. Associado a esses benefícios, ocorre uma melhoria significativa na qualidade de vida, fazendo com que haja redução de todos os sentimentos que limitam uma boa rotina e o um equilíbrio emocional (ALMEIDA; BRASIL; MANHÃES, 2018). “A crença encobre a ausência de fé, na medida em que a crença pode dar parâmetros externos à pessoa, parâmetros esses que nunca alcançarão a qualidade dos parâmetros internos e intensos que a fé traz” (PINTO, 2009, p. 78).

O autor menciona ainda que a religiosidade possui um papel, tanto de ser um refúgio para alguma fraqueza sofrida pelo sujeito, quanto uma fonte de força para as dificuldades que podem ocorrer no cotidiano. O ser humano possui tendência tanto para o mal quanto para o bem e a religiosidade pode vir a corroborar para o senso de valor e para a dignidade pessoal do indivíduo. A religiosidade, indiretamente, atua para a promoção da responsabilidade comunitária e pessoal e da consciência ética. Em contrapartida, há a possibilidade de a religiosidade minimizar a percepção pessoal de liberdade do indivíduo, o que pode vir a gerar uma sensação de que o cuidado pessoal não seja tão necessário (PINTO, 2009).

Panzini *et al.* (2007) dissertam sobre a relação entre a qualidade de vida e a religião através de indicadores subjetivos e objetivos de qualidade de vida, conceito surgido na década de 1970. Nesse contexto, o avanço da medicina possibilitou um aumento na expectativa de vida, conforme as doenças que eram consideradas fatais, como as infecções, por exemplo, que, após essa época, passaram a ter tratamento, controle ou a cura, surgindo, a partir de então, uma preocupação com a qualidade de vida.

Apoiado pelo conceito amplo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) de que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, podemos ver que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV, sendo, na verdade, uma de suas dimensões (PANZINI *et al.*, 2007, p. 3).

Dessa forma, considera-se que a religião e a espiritualidade funcionam como uma tática para que o indivíduo enfrente as situações desagradáveis que decorrem da pandemia da COVID-19, empregando

esses recursos no contexto pandêmico, sendo utilizados por profissionais de saúde, pacientes e familiares. Destaca-se que, quando se trata da temática morte, a religião e a espiritualidade fornecem recursos para que sejam elaborados protocolos de cuidado que visem e que considerem toda a atenção à saúde e as recomendações das instituições governamentais, a fim de auxiliar nesse processo delicado (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2020).

## A ESPIRITUALIDADE EM TEMPOS DE COVID-19

Segundo a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA), no campo da saúde, a espiritualidade ou a religiosidade interferem, de maneira significativa, nos desfechos clínicos, na prevenção, na prevalência e no diagnóstico de doenças. No mesmo sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a caracterizar a qualidade de vida em seu aspecto multidimensional, observando suas dimensões espirituais, físicas, sociais e psíquicas (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020)

Os autores dissertam ainda que, de uma maneira geral, há o reconhecimento da relevância da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde para o tratamento, bem-estar e para a saúde do paciente, enfatizando que não há mais a possibilidade de estudar a religiosidade sem, de alguma maneira, relacionar tal estudo com a espiritualidade, pois ela traz consigo a dimensão de sentido da vida. Assim, tem havido muitas pesquisas voltadas para a ideia de que há uma tendência por parte da humanidade de procurar as razões por trás dos acontecimentos e de suas experiências (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).



Sobre os impactos da pandemia da COVID-19, Sant'Ana, Silva e Vasconcelos (2020, p. 72) retratam que estes abrangem vários fatores, tal como a necessidade de se ter um distanciamento social e consequentemente as alterações na rotina, a redução da jornada de trabalho, as dificuldades financeiras ou mesmo o desemprego. Essas situações geram sentimentos como o medo e a angústia, que são importantes quando se trata de reações que vão contra a ordem comportamental, física, emocional ou cognitiva. Indiretamente, essas reações trazem efeitos colaterais e físicos, assim como aceleração dos batimentos cardíacos, dores de cabeça, violência, perda de memória ou irritabilidade.

Perante a surpreendente pandemia da COVID-19, que limita os contornos do existir humano, a espiritualidade, ao compor diferentes extensões do cuidar em saúde, pode se tornar elemento imprescindível para nutrir o ensejo de lutar pela sobrevivência (HOTT, 2020, p. 1).

Portanto, é imprescindível que o indivíduo encontre alternativas para que possa superar esse momento de estresse, angústia e sofrimento que a pandemia da COVID-19 trouxe para o cotidiano. E é nesse sentido que o papel da espiritualidade se torna necessário, pois se admite que a sua atuação é uma ferramenta imprescindível de ressignificação, trazendo ao indivíduo uma esperança e uma resiliência sobre a situação com a qual está lidando (SANT'ANA; SILVA; VASCONCELOS, 2020)

No cenário da saúde, a temática vem ganhando espaço e, se antes ambas eram distantes e desarmônicas, conforme as pesquisas atuais, não podem mais ser desassociadas, compreendendo a espiritualidade como componente absoluto do ser humano. Questiona-se ainda a possibilidade de a espiritualidade contribuir significativamente no enfrentamento e também no tratamento dos impactos causados pela pandemia da COVID-19 (SANT'ANA; SILVA; VASCONCELOS, 2020).

As evidências sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde sustentam a importância de investimento na investigação e desenvolvimento de instrumentos efetivos para avaliação

dessa dimensão humana. Dos trabalhos analisados, pôde-se observar que os instrumentos disponíveis no contexto brasileiro ainda necessitam de avaliações mais precisas e amostras mais amplas, uma vez que grande parte deles utilizaram uma amostra pouco representativa do país. Além disso, há muitos instrumentos de mensuração, porém com poucos estudos e coesão teórica entre si. (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020, p. 6)

A religiosidade e a espiritualidade são ferramentas importantes quando se trata da arte de se reinventar, principalmente em tempos de pandemia, pois ambas vão atuar na orientação do ser humano, ao alcançar um caminho em meio ao sofrimento causado pela COVID-19. Nesse ponto, destaca-se que o sofrimento pode ocorrer tanto por conta do isolamento, pelo medo da doença, por algum familiar que tenha se infectado ou mesmo pela perda de alguém. Assim, até mesmo após esse sofrimento, alcançar um sentido para voltar à sua rotina e construir suas vivências novamente vai gerar um orgulho e um alívio, por ter passado e superado tal fase, além de trazer novamente ao indivíduo a capacidade de desenvolver sua resiliência (SANT'ANA; SILVA; VASCONCELOS, 2020).

Fica evidente, portanto, que a espiritualidade é um recurso essencial para os profissionais de saúde, assim como também para toda a sociedade, para que possam compreender de uma maneira mais resiliente todos os impasses e sofrimentos que ocorrem durante a vida, principalmente em meio à pandemia da COVID-19. A espiritualidade também auxilia na atenção que o indivíduo dá ao outro, nos momentos em que passam juntos, além de aumentar a valorização, a solidariedade, doação, cooperação e empatia. Os autores destacam a importância que esse instituto possui, ao dispor sobre o autocuidado e cuidado com a saúde mental e física do indivíduo em tempos de pandemia (SANT'ANA; SILVA; VASCONCELOS, 2020).

## O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE FRENTE ÀS ADVERSIDADES DA COVID-19

Há indícios científicos que certificam os benefícios da busca espiritual apropriada, quando se trata dos cuidados prestados, que contribuem para o reequilíbrio do indivíduo ao se deparar com alguma situação discrepante, além de sua saúde mental e física. Dessa maneira, destaca-se que é primordial levar em consideração o aspecto espiritual do paciente, ainda que haja complexidade quanto a sua abordagem na assistência; é necessário que se incentive tal conduta durante o tratamento ou procedimento. Sant’Ana, Silva e Vasconcelos (2020, p. 73) destacam que “o abandono desse quesito propicia o surgimento da dor espiritual, entendida como a falta de sentido para a vida ou mesmo o acontecimento de algo que abale o propósito e o significado da existência”.

Esperandino (2020) enfatiza que podem ocorrer casos em que o paciente sente e diz que não consegue dar conta do isolamento social ou mesmo casos em que confunde os sintomas da COVID-19 com os da ansiedade, como a dificuldade de respirar, que é comum em ambas as situações. Nesses casos, é necessário que o profissional da saúde, durante o atendimento, preste atenção nos sinais que possam indicar que o paciente esteja em um profundo sofrimento. “Os sintomas físicos da ansiedade, como falta de ar, taquicardia e fadiga, podem potencializar o sintoma emocional da ansiedade que é o medo (e mesmo o medo de morrer), angústia, nervosismo, irritação e outros sintomas” (ESPERANDINO, 2020, p. 2).

Esperandino (2020) ainda reforça que é compreensível que, em tempos de pandemia da COVID-19, os níveis de ansiedade estejam alterados, pois o mundo em que o indivíduo estava acostumado a viver acabou mudando subitamente. O autor ainda ressalta que:

Esse mundo se mudou para cá repentinamente. Esse “novo mundo” impõe novas regras. Impõe outras formas de nos comportar e relacionar. E tais mudanças trazem, em um tempo extremamente curto, uma exigência de adaptação também extrema. Nesse novo mundo temos mais trabalho a fazer, temos de executar tarefas que exigem habilidades tecnológicas que não tínhamos antes, habitamos um local de trabalho que não é físico, e a percepção do tempo se modifica substancialmente. Em uma semana de distanciamento social, parece que já vivemos um mês! (ESPERANDINO, 2020, p. 2).

Nesse sentido, é nítida a contribuição da religiosidade e espiritualidade, especialmente em relação ao cuidado com o outro, ao alcance da esperança de dias melhores, além da diminuição do sofrimento em situações de desespero em que não há assistência terapêutica. Por esse lado, entende-se que, à medida que cresce a espiritualidade do profissional da saúde, maior será a influência espiritual na recuperação do paciente, além da melhoria na sua qualidade de vida (BARBOSA *et al.*, 2020).

É importante sempre recuperar que a fé em Deus, no divino e no sagrado é um sentimento arraigado na cultura e tão necessária quanto outros modos de enfrentamento, pois a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas, sendo imprescindível que se conheça a religiosidade e espiritualidade dos usuários para o planejamento do cuidado. A religiosidade e espiritualidade faz parte da construção da personalidade de cada ser humano, uma expressão da identidade e propósito, à luz da sua história, experiência e aspiração, produz alívio ao sofrimento, na medida em que permite mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2020, p. 7).

Destaca-se que os profissionais de saúde devem estar aptos a examinar o aspecto espiritual de seus pacientes, visto o papel crucial que a espiritualidade desempenha na qualidade de vida do indivíduo e seu impacto também quando ocorre uma doença. Dessa maneira, destaca-se a importância da espiritualidade como um dos recursos



mais relevantes que a sociedade e os profissionais de saúde possuem para auxiliar na compreensão do indivíduo perante situações de crise ou enfermidade, além de ser uma ferramenta que potencializa suas habilidades de compreender e lidar com tais situações (MARTINS *et al.*, 2021).

A pandemia da COVID-19 impactou não somente a saúde física, como também na saúde mental, elevando o índice de ansiedade, estresse e depressão dos indivíduos. Desse modo, a valorização da espiritualidade pelo paciente pode ajudá-lo a se recuperar, compreender e aceitar melhor o momento que está passando, contribuindo para um melhor equilíbrio e qualidade de vida (MARTINS *et al.*, 2021, p. 4).

A religiosidade e a espiritualidade possuem uma dimensão que vai além dos primórdios da civilização, sendo reconhecida como um instituto sociocultural, que interfere de maneira positiva no dia a dia, nos aspectos subjetivos e nas condições de saúde das pessoas. O diálogo que ocorre entre a religiosidade e a espiritualidade em relação ao cuidado com a saúde encontra embasamento, além de também algumas resistências, devido à utilização do tratamento espiritual e religioso em substituição ao tratamento tradicional. Nesses casos, o tratamento espiritual e religioso nunca deve ser substituído do tratamento tradicional, mas sim, deve-se utilizar dos seus benefícios como um complemento ao tratamento tradicional. Essa troca não deve ocorrer, pois altera a condição de saúde do indivíduo, por conta do comprometimento físico e prováveis complicações que podem ocorrer devido à falta do tratamento médico (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2020).

Em um cenário de questionamentos e incertezas como o da pandemia da COVID-19, fica clara a importância da utilização da religiosidade e da espiritualidade como uma estratégia que, mesmo não oferecendo um milagre, cura ou resolução de imediato, possibilita ofertar ao indivíduo um conforto mediante às incertezas pela qual ele está passando. Em torno dos novos medos, problemas e inseguranças

que surgem, oferecem a esses indivíduos justamente um suporte para suas reflexões, inseguranças e acolhimento, uma palavra de afeto, um refúgio (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2020).

Ademais, é necessário que cuidem desse espaço de acolhimento que a religiosidade e a espiritualidade oferecem. Ressalta-se a importância desses mecanismos como um instituto estratégico, como potencial ação humanizadora nesse âmbito, pois ambas irão religar as pessoas naquilo em que elas creem, confortando-as mediante os acontecimentos. Mesmo que a espiritualidade e a religiosidade ainda se desenvolvam em um espaço limitado, é necessário que cada vez mais seja considerada a utilização desses meios como recurso terapêutico, tanto durante e após a pandemia da COVID-19, quanto nos casos que ocorrem no dia a dia (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade pode se tornar um importante recurso para os profissionais de saúde, pois a sociedade a admite como forma de compreender o sofrimento e valorizar a humanidade para enfrentar novos desafios como a COVID-19. As crenças religiosas e a espiritualidade fazem parte da humanidade, sendo o campo básico de inspiração para a construção da ciência moderna e o alicerce da saúde.

Portanto, a espiritualidade é definida como a tendência do ser humano de buscar o sentido da vida para além dos conceitos tangíveis e de encontrar um sentido de conexão com algo maior do que si mesmo, podendo ou não estar relacionada à experiência religiosa. Assim, é o vínculo entre o homem e o divino, visando estabelecer a forma como o ser humano entende o mundo e Deus; é um ato de injetar vitalidade e permitir evoluir. A espiritualidade está relacionada ao transcendental, ou seja, o “Deus que vem de dentro”.

Em suma, a religião pode ou não ser um fator de saúde e qualidade de vida, pois esta está vinculada a características sociais, culturais, subjetivas, de personalidade e de saúde do sujeito. A espiritualidade tem o potencial de trazer paz e verdadeira felicidade às pessoas, dependendo de como o sujeito a vivência, portanto não é uma regra geral.

A julgar pelo que foi revelado até agora, os aspectos benéficos demonstrados pela religião e espiritualidade não podem ser ignorados. Sendo assim, é importante repensar os métodos de formação profissional e entender que eles representam os aspectos sociais e culturais do ambiente do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. B.; BRASIL, L. O. F.; MANHÃES, F. C. A espiritualidade como mecanismo de auxílio no processo de envelhecimento: uma revisão de literatura. **Temas em saúde**, v. 18, n. 4, p. 2447-2131, 2018.

ALVES, J. S., JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.

BARBOSA, D. J. *et al.* A espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de pandemia. **Revista oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 1-15, 2020.

BARBOSA, D. J. *et al.* A espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de pandemia. **Enferm. Foco**, v. 11, ed. Esp, p. 131-134, 2020.

DÍAZ, J. A. S. **Espiritualidade e Saúde**. 2020. 37f. Projeto de Extensão. Universidade Federal de Catalão, Catalão, 2020.

ESPERANDINO, M. R. G. **Cuidar da mente é cuidar do espírito:** espiritualidade e saúde em tempos de coronavírus. Disponível em: <<https://www.semprefamilia.com.br/comportamento/cuidar-da-mente-e-cuidar-do-espirito-em-tempos-coronavirus/>>. Acesso em 1 out. 2021.

FERREIRA, M. J. *et al.* Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 4, p. 601-602, 2020.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, 2020.

GERONE, L. G. T. A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde. **Interações – cultura e comunidade**, v. 11, n. 20, p. 129-151, 2016.

HOTT, M. C. M. **COVID-19**: a espiritualidade harmonizando saúde mental e física. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3549>>. Acesso em 7 out. 2021.

KENDALL, E. J.; BYNOE M. L.; TYRRELL D. A. Isolamentos de vírus de resfriados comuns que ocorrem em uma escola residencial. **Br Med J**, v. 2, n. 5297, p. 82-86, 1962.

JACKSON FIHO, J. M. . A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 45, n. 14, p. 1-3, 2020.

MARTINS, T. P. . **Espiritualidade na prática clínica em tempos de pandemia**. 2021. Disponível em: <<https://www.unifimes.edu.br/ojs/index.php/coloquio/article/view/1008>>. Acesso em 1 out. 2021.

PANZINI, R. G. . Qualidade de vida e espiritualidade. **Arch. Clin. Psychiatry**, v. 34, Suppl 1, p. 105-115, 2007.

PINTO, Ê. B. Espiritualidade e religiosidade: articulações. **Revista de estudos da religião**, v. 1, n. 1, p. 68-83, 2009.

SANT'ANA, G.; SILVA, C. D.; VASCONCELOS, M. B. A. Espiritualidade e a pandemia da COVID-19: um estudo bibliográfico. **Com. Ciências Saúde**, v. 31, n. 3, p. 71-77, 2020.

SCORSOLINI-COMIN, F. *et al.* A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2020.

SCUSSEL, M. A. **Religiosidade humana e fazer educativo**. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, R. B. **Espiritualidade e espiritualidades**. s.d. Disponível em: <[http://www.monergismo.com/textos/vida\\_piedosa/espiritualidade.htm](http://www.monergismo.com/textos/vida_piedosa/espiritualidade.htm)>. Acesso em 28 set. 2021.

TEIXEIRA, V. M. S. *et al.* Espiritualidade entre os profissionais da saúde que atuam na linha de frente do enfrentamento à COVID-19, em um município do sudoeste da Bahia e sua correlação com a qualidade de vida, transtornos mentais e medo da COVID. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. 1-13, 2021.



# 7

Samuel Ribeiro Martins

Ana Luiza Barcelos Ribeiro

Ana Cristina Barcelos Oliveira

Karen Sayuri Louvain de Azevedo

Karina de Souza Binicá

Luciana Valentim de Souza

Samira Vitório Menezes Seródio

Diogo Fernandes Ignácio

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Antonio Neres Norberg

## **Espiritualidade e Humanização na Saúde sob a perspectiva da Bioética**

## INTRODUÇÃO

A humanidade viveu processos históricos vinculados a muitas lutas pelo fortalecimento do conceito de tratar o ser humano com dignidade. Foi, então, com o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no período após a Segunda Guerra Mundial, e com a instituição da Constituição Federal de 1988, que começaram a nortear novas diretrizes sobre ética e moral e sobre as ações que envolviam as pessoas, principalmente na área da saúde.

É dentro da área da saúde que surgiu o entrelaçamento dos conceitos de bioética, espiritualidade e humanização, defendidos como indissociáveis e importantes para um novo modelo de trabalho em equipe no atendimento às pessoas que procuram os serviços de saúde, principalmente aquelas que, por alguma razão mais séria, se encontram no fim da vida.

Para entender todos os aspectos que versam sobre bioética, espiritualidade e humanização na área da saúde, partiu-se da seguinte problemática: Como compreender os processos de humanização e da espiritualidade na área da saúde através da bioética? A hipótese é de que, com o avanço da globalização e das tecnologias, as pessoas que enfrentam problemas mais graves de saúde ou mesmo aquelas que necessitam de acompanhamento médico simples já podem contar com uma área da medicina que transcende ações técnicas para fortalecer um vínculo mais humanizador com o paciente.

Justifica-se trazer este tema para discussão para entender os caminhos de um atendimento mais humanizado aos pacientes da rede de saúde que, muitas vezes, não conseguem diferenciar um tratamento mais conservador, como era prestado décadas atrás, com as novas relações da bioética e dos preceitos humanizadores, considerando ainda a sua espiritualidade.

Como objetivo, se pretende entender como a bioética, a espiritualidade e a humanização na área da saúde podem elevar a eficiência dos serviços e o bem-estar dos usuários, respeitando suas religiões e crenças, para que haja uma relação mais respeitosa e acolhedora.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. As fontes de pesquisa declinaram, em maior parte, através da busca na plataforma Google Acadêmico e *SciELO*, mas também foram utilizadas consultas à biblioteca pública. Deu-se prioridade para publicações dos últimos dez anos, entretanto, alguns autores com publicações inferiores ao ano de 2011 tiveram que ser considerados pela grande importância para a pesquisa e pelos assuntos apresentados.

## ESPIRITUALIDADE E OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

Segundo Pessini (2007), a palavra espírito é derivada do hebraico *ruah*, que significa sopro e está associada ao termo vida, sendo considerada, assim, um sopro de vida. A terminologia espiritualidade apresenta diversas nuances que são dificilmente decifráveis. Atualmente, sua utilização se alargou e transcendeu o espaço das realidades religiosas chegando também ao mundo acadêmico, dos negócios, da saúde e do bem-estar.

A espiritualidade é um fator que afeta a saúde de muitas pessoas, sendo um conceito que existe em todas as culturas e sociedades. Ela se manifesta em indivíduos que buscam um sentimento último, seja participando da religião e da crença em Deus, na família, no naturalismo, no racionalismo, no humanismo e até mesmo na arte. Todos esses fatores afetam a forma como os pacientes e os profissionais de saúde veem a saúde e a doença e como eles se influenciam mutuamente.



Segundo Anjos (2008), a espiritualidade pode ser considerada uma rica dimensão humana. O seu diálogo com outras dimensões da vida e do conhecimento é necessário e é uma rica possibilidade para quem deseja participar dessa tarefa de diálogo. Portanto, pode-se criar uma aproximação entre espiritualidade e bioética. Porém, ao tentar conectar, dialogar e esclarecer a relação entre essas duas áreas deve-se ter em mente alguns riscos. Um deles diz respeito ao fato de que a espiritualidade tem sido compreendida de forma simples, sendo associada, exclusivamente a uma confissão de fé ou a uma expressão religiosa ou exclusivamente como sendo algo da esfera das religiões.

Nesse sentido, é pertinente a afirmação de Anjos:

Pode-se dizer que a espiritualidade não é monopólio das religiões institucionalizadas. E que também as religiões nem sempre escapam de ambiguidades em suas propostas neste assunto, particularmente quando se distanciam da razão e se tornam fundamentalistas e autoritárias. E nesse sentido se pode afirmar que não serve qualquer espiritualidade para que a bioética se realize. De fato, quando falamos de espiritualidade na bioética, estamos supondo um conjunto seletivo de aspirações (respirações) e inspirações que levem na direção da responsabilidade, da proteção e do cuidado diante da vida (ANJOS, 2008, p. 26).

Para Soares (2011), ao tratar sobre a proximidade dos conceitos de espiritualidade e bioética, deve-se, inicialmente, recordar que o principalismo foi uma via média entre a aridez da metaética ou metafísica e as riquezas da ética teológica, geralmente inacessível para profissionais fora do seu âmbito. Os princípios bioéticos guardam, assim, desde sua concepção, uma certa relação, mesmo que indireta, com a ética teológica.

O termo bioética tem sua origem na ética, com características transdisciplinares, herdadas dos conhecimentos da biologia e das áreas humanas. Essa terminologia foi cunhada inicialmente por Van Rensselaer Potter (1970), em seu trabalho *Bioethics: bridge to the future*, em que bio representaria as questões biológicas, enquanto



a ética estaria relacionada aos princípios e valores humanos diante das descobertas da biologia molecular, dentro da sociedade científica e tecnológica.

A promessa de proteger a vida humana e os ecossistemas anuncia um enorme dilema no campo da biologia molecular e da sustentabilidade ambiental. A comissão de ética baseia-se essencialmente nos princípios da bioética, nomeadamente: boas obras, inocência, justiça, autonomia e tem uma composição multidisciplinar.

Segundo Potter (1970), a bioética é o desenvolvimento da ética em resposta às questões morais causadas pelos progressos científicos e tecnológicos no contexto de toda a sociedade (pessoas, ambiente, cidadãos, tratamento e sua aplicação jurídica). Portanto, a bioética difere da ética, da moral e da deontologia por ser problematizadora e evolutiva. O que na ética é estudado, na moral é praticado, na deontologia é obrigado, na bioética é problematizado.

## BIOÉTICA E A ARTE DO CUIDAR NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Segundo Pessini (2011), ser médico é uma atividade humana que vai além da capacidade que um indivíduo possui em qualquer espaço e em qualquer campo, exigindo também um conhecimento específico. A finalidade primordial da medicina é cuidar das pessoas, nesse caso, a relação médico-paciente representa o sentido, a significação e a identidade da profissão médica.

Pessini (2007) afirma que a opção pela medicina vai além de uma simples escolha, demanda uma vocação voltada para o cuidar do outro. Essa responsabilidade de pensar o outro como um ser

vulnerável é o desafio espiritual da bioética e do cuidado. Ao agredir a dignidade do outro, para ele, você é o outro.

O homem nasce aético e a ética é adquirida no processo de desenvolvimento, após o processo de humanização, vivenciado por todo ser humano em sua vida. Os indivíduos não são inatamente capazes ou autônomos; essas condições são adquiridas com o desenvolvimento biológico, psicológico e social. A moralidade está preocupada com o progresso. Essa é a condição subjetiva-emocional-cognitiva que o indivíduo vai adquirindo com a vivência na carreira, não sendo uma situação objetiva, advinda da própria condição de formação acadêmica.

A ética depende da moralidade e considera a construção pessoal um pré-requisito para compreender o valor e a verdade como coisas que são transformadas pelo pensamento e realizadas na ação. A bioética das relações interpessoais fundamenta-se na necessidade de o indivíduo perceber os conflitos que podem surgir na interação com outras pessoas. Esses conflitos, inerentes ao ser humano, podem ou não fazer parte de sua consciência, mas sua existência se deve à necessidade de adaptar-se ao mundo. Quando se tem consciência deles, pode-se entendê-los ou não, mudando ou não a forma de ser.

Na bioética da relação médico-paciente, há um conflito entre sensibilidade e racionalidade, onde o maior desgaste do profissional médico não se deve à jornada de trabalho, mas sim à intensidade emocional de cada um, pois suas ações significam lidar com a vida, honra e saúde de outras pessoas. No entanto, na maioria das vezes, esse conflito é desconhecido tanto pelo médico quanto pela sociedade.

Na atualidade, com tantas questões tecnológicas, a bioética surge como referência de valores, promovendo uma reflexão interdisciplinar e transdisciplinar do ambiente acadêmico e na prática assistencial. A partir das considerações de Zoboli e Pegoraro (2007), a ética

no cuidado surge na gênese do termo bioética, incluindo as dimensões da bioética médica e da bioética ecológica.

Pessini (2007) considera que a espiritualidade é a dimensão que promove a abertura da consciência do significado da vida. É uma sensação de algo que transcende e que, portanto, dá um sentido àquilo que se faz e ao que se é.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO 2005), em sua introdução, apresenta como base uma visão antropológica completa e holística, levando em consideração o nível espiritual do ser humano, tendo em mente que se trata de uma pessoa, incluindo os níveis biológico, psicológico, social, cultural e espiritual.

Segundo Jatene (2007), o desenvolvimento da ciência e da tecnologia traz benefícios inegáveis para o avanço dos métodos de diagnóstico e tratamento, mas torna os indivíduos indiferentes ao sofrimento humano. Este é o papel da bioética, que levanta questões com a antropologia, a filosofia, a ciência e a teologia de forma interdisciplinar: Se não é para o benefício do ser humano, qual é o significado desse progresso? A medicina hoje tornou-se uma profissão cuja finalidade é cuidar de pessoas no meio de uma sociedade que não está interessada nas pessoas. A relação médico-paciente é a parte central da medicina, porque envolve o ser humano e deve ser repensada. Infelizmente, a medicina se tornou refém do capitalismo, não dando importância ao indivíduo, mas ao seu poder aquisitivo e o cuidado do paciente passa a ser o que ele recebe da pessoa.

## REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO

Há muito tempo que as questões que tratam da humanização no serviço de saúde são abordadas por redes gestoras, governo,

profissionais da área e sociedade. Isso porque esses processos consolidam uma maior eficiência não somente em resultados, mas também no acolhimento das pessoas, que podem estar fragilizadas por condições que abalem sua saúde (VILLAR, 2012).

Segundo Villar (2012), o assunto foi trazido com maior destaque na área da saúde na década de 1970, no Brasil, embora já se fomentasse numa ordem de menor vínculo com a área da saúde, em 1950. O objeto de todas as premissas sobre o assunto configura não apenas ter um olhar mais humanizado para a área médica, mas que todos os seus interlocutores tivessem maior protagonismo nas decisões, melhores condições de trabalho e um entendimento corresponsável para a saúde de todos os sujeitos.

Ainda na década de 1980, as ações promotoras de articulações de humanização já estariam melhor entendidas pelas entidades médicas de saúde, mas, depois da queda do regime militar, em 1985, e da promulgação da Constituição Federal de 1988, as ações ficaram mais concretas. Isso porque a própria Constituição traria em seu escopo a questão da cidadania, que embora seja uma palavra simples, denota sobre ela ação, promoções e proposições de bem-estar dos cidadãos brasileiros (VILLAR, 2012).

Segundo Waldow e Borges (2011, p. 2):

Recentemente, cuidado e humanização têm sido alvo de grande interesse na área de saúde. Na enfermagem, adquire destaque especial, já que se constitui em uma atividade que lida com o ser humano em situações de vulnerabilidade. Suas ações ultrapassam as tradicionais de cunho mais técnico e com objetivos quase que exclusivamente terapêuticos. O ser humano passa a ser visualizado em sua integralidade e assisti-lo em sua subjetividade engloba também ações estéticas e éticas (WALDOW; BORGES, 2011, p. 2).



A questão da vulnerabilidade trazida por Waldow e Borges (2011) assume uma postura importante na área da saúde, pois a necessidade de encontro de um percurso seguro para os usuários em saúde pode alcançar maior eficiência não somente no atendimento, mas também em todo o processo de cura de alguma enfermidade.

Um dos momentos mais importantes para a consolidação de novas tratativas na área da saúde vieram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, dois anos antes da Constituição Federal de 1988. As ações consolidariam o acesso universal não somente nas questões sociais, mas à saúde. Movimentos feministas, ainda na década de 1980, também reivindicariam um acesso mais efetivo e humanizado nas áreas de saúde (WALDOW; BORGES, 2011).

Somente no ano de 2003, o governo federal tornou a política de humanização na área da saúde um ato legal, onde todo o fomento estabelecido ficou a cargo da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, que desde então produz em seus campos práticos e teóricos modernização dos processos humanos ou de infraestrutura (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013, p. 4):

O Humaniza SUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde (BRASIL, 2013, p. 4).

Existe, portanto, uma intenção de equilíbrio e de inclusão de todos os processos de gestão. As diretrizes de coordenação mais específica saíram sob uma demanda de gestão central e conservadora, para uma participativa e amplamente atendível aos novos preceitos

tanto da questão da ordem gestora quanto das ações e relações entre usuários e equipes de saúde (BRASIL, 2013).

Um dos pontos importantes na questão da humanização debatida pelo Ministério da Saúde é a transversalidade. Isso quer dizer que todas as áreas pelas quais o usuário é assistido devem ter um diálogo que potencialize ações, não somente de tratamento médico, mas de um diagnóstico mais particular entre o usuário, que pode estabelecer, com isso, um contato mais direto e favorável para o entendimento de suas necessidades (BRASIL, 2013).

Entretanto, o que poderia ser um processo de valorização dos serviços de saúde são postos em risco pela falta de trato e olhar público com efetividade, diz Simões *et al.* (2007). A realidade brasileira mostra que as situações vividas nas unidades de saúde em todo o Brasil ainda precisam de fortalecimento, não somente de vínculos entre usuários e profissionais, mas de um comprometimento maior de investimento nas áreas básicas, como infraestrutura, melhores condições de trabalho e investimento na qualificação e valorização dos profissionais da saúde.

Para Simões *et al.* (2007):

Todos os dias, um considerável espaço da mídia é tomado por reportagens, crônicas, críticas e comentários sobre a precariedade dos atendimentos de saúde: mortes de bebês em unidades intensivas neonatais, morte de idosos em hospitais “especializados”, clientes sendo mandados para casa por falta de vagas, familiares peregrinando por inúmeros hospitais atrás de uma vaga para internação, equipes sobrecarregadas, desmotivadas e estressadas dando mais do que podem para tentar salvar vidas, profissionais sub-remunerados submetendo-se a jornadas de trabalho absolutamente insanas para poder sobreviver e, com isso, comprometendo a qualidade de seu trabalho. Enfim, um quadro triste e caótico (SIMÕES *et al.*, 2007, p. 82).

Segundo a Confederação Federal de Medicina (CFM, 2014), de todas as preocupações existentes entre os brasileiros, que vão desde

a educação aos fatores da economia, a maior delas é com a área da saúde. Nos anos de 2013 e 2014, os usuários da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) representavam 92%, e somente um público muito pequeno não buscou atendimento nas redes públicas.

Isso quer dizer que o volume de pessoas que procuram as redes públicas de saúde é grande. Esse fator pode confrontar a necessidade e a deficiência de muitas áreas por falta de atendimento especializado. Não só mostra a precariedade de atendimento, que prejudicaria as políticas de humanização na área da saúde, mas demonstra que os órgãos mantenedores, como governos e instituições de saúde, precisam melhorar a gestão financeira e de infraestrutura das unidades de atendimento. Isso faz entender, por parte do usuário, que por mais que a Constituição de 1988 lhe dê o direito de acesso à saúde, há, portanto, nesse trajeto, grandes dificuldades para obtê-la (CFM, 2014).

## HUMANIZAÇÃO E ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE SOB O OLHAR DA BIOÉTICA

Falar de espiritualidade é sempre difícil. Os pensamentos e sentimentos de cada pessoa são individuais e imprevisíveis e, na relação entre médico-paciente, há o fator profissional, onde o médico precisa usar de seus conhecimentos, prática e razão para decidir o que é melhor para os pacientes, pois, se agir com emoções ou sentimentos, pode causar danos aos seus assistidos. Ao mesmo tempo, quando o paciente está em sofrimento, ele precisa de cuidados que vão muito além de conhecimentos e práticas, necessitando também de pessoas humanas, que lhes dê carinho e até orações, porque, dependendo da situação, precisa de intervenção para que haja uma solução acertada.

O ser humano tem o direito de ser tratado com dignidade e isso precisa ser realizado em todo lugar, não sendo diferente nas relações entre médico-paciente, situação em que aquele que é cuidado fica à mercê do tratamento clínico e dos cuidados físicos. Isso significa, que ele precisa e tem direito a ser tratado com dignidade e com respeito. Historicamente, o conceito de humanidade tem passado por muitas lutas nesse sentido, mas, com o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, novas diretrizes sobre ética e moral começaram a nortear ações que envolvem pessoas, principalmente na área da saúde.

A bioética é um campo de estudo onde são abordadas questões de dimensões morais e éticas, que relacionam pesquisas, decisões, condutas e procedimentos da área da biologia e da medicina ao direito à vida. O conceito de bioética é interdisciplinar e contempla áreas como biologia, direito, filosofia, ciências exatas, ciência política, medicina, meio ambiente, etc. (MENEZES, 2021, p. 1).

É de essencial importância que haja uma área da ciência que estude esses conflitos e incorpore ações para diminuí-los, pois entende-se que o ser humano necessita ser tratado com respeito, independente da situação em que vive e da sua vulnerabilidade em relação à saúde, dialogando, assim, com as exigências dos familiares, pois geralmente não está em condições de tomar decisões, nem de reclamar e aí os conflitos externos podem surgir. Nesses casos, a interferência dos princípios bioéticos se torna necessários, para que o paciente tenha seus direitos respeitados.

Para Campos e Oliveira (2017):

A bioética laica se pauta por três grandes princípios, conhecidos como “trindade bioética”: autonomia, beneficência e justiça. Esses três grandes princípios da bioética laica compõem a “trindade bioética” e não foram escolhidos de maneira aleatória, sendo resultado de muita reflexão por parte da comunidade científica, bem como de filósofos, religiosos, moralistas e leigos. Apesar disso, tais princípios não são os únicos visados pela bioética,



visto que em decorrência destes outros também englobam a dimensão moral objetivada por ela: a sacralidade da vida humana; o consentimento livre e esclarecido do paciente; e, a dignidade e integridade física, psíquica e moral do ser humano (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017, p. 17).

Esses três princípios são importantes para qualquer ser humano e, em se tratando da área da saúde, precisam ser vivenciados para que as pessoas tenham dignidade em seus momentos de maior fragilidade e, caso haja algum problema, o suporte legal seja assegurado para a sua resolução.

Entende-se que o atendimento ao paciente deve ser de qualidade, pautado na bioética e na humanização, pois o ser humano tem valores que precisam ser respeitados, o que requer sentimentos como compaixão, amor, solidariedade, que são valores ligados à espiritualidade e induzem o ser humano a pensar no seu modo de agir e de ser.

A espiritualidade não é simplesmente uma questão religiosa, mas consiste em ter sentimentos interiores, colocar-se no lugar do outro, sem se prender a uma religião específica, é ligar o divino ao cotidiano e se sensibilizar com o outro, seja na vida pessoal ou profissional, é dar espaço para que, ao exercer uma atividade profissional, os sentimentos humanos se aliem à técnica. Então, ter espiritualidade é fazer o que se tem que fazer, mas pensar que o outro é um ser humano.

O que é notório da sociedade contemporânea do ter e do visível é a busca de um sentido para a vida, uma motivação para o ser que se encontra na sua subjetividade e que a entendemos como espiritualidade. A Bioética e a espiritualidade carregam sentidos densos e atraentes no exercício profissional da medicina e criam espaços fundamentais na arte do cuidar (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012, p. 184).

A busca pelo sentido da vida é incessante, todos almejam uma vida boa, onde a motivação para se viver bem é real, e a espiritualidade ajuda o ser humano a ter esse tipo de perspectiva e, quando se

trata do desconhecido, como ficar à mercê de profissionais, no caso da medicina, o cuidar se torna essencial para que não haja nenhum tipo de conflito que afete a relação entre paciente e profissional e, por consequência, os familiares.

Nessa circunstância, a espiritualidade e a Bioética proporcionam a busca do sensato equilíbrio do cuidar e da insuficiência orgânica priorizando o alívio do sofrimento e o conforto dos pacientes e familiares. Não é uma decisão fácil, pois se deve considerar meticulosamente caso a caso individualmente, reconhecendo a finitude da vida e as limitações da ciência médica (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012, p. 184).

Essa busca de equilíbrio é essencial no processo de conforto e se o paciente está bem, a relação com os familiares e a equipe médica fica boa e o trabalho flui melhor. Os conflitos podem ser evitados quando se tem ética e respeito entre as partes. É preciso considerar sempre que cada pessoa é única e que o ser humano deve ser sempre respeitado como tal. A responsabilidade pelo vulnerável deve ser respeitada e é essencial que tenha órgãos, legislação, organizações e até a ciência para garantir seus direitos, pois os momentos de vulnerabilidade podem causar danos para uma vida toda.

A área da saúde não pode oferecer aos pacientes somente um tratamento técnico, é preciso que haja uma inovação, incluindo novos tratamentos e dando importância ao cuidar, para que não haja confrontos e para que o ambiente compartilhado seja harmônico.

Mas, para atender toda a questão da humanização como política aplicada junto às concepções humanizadoras do trabalho em saúde, é preciso que os profissionais que operam diretamente todas as políticas nacionais em benefício da qualidade de vida sejam capacitadas. Isso é importante para que não se julgue a formação acadêmica como única e suficiente para lidar com o dia a dia e todos os conflitos que a área médica enfrenta (FORTES, 2004).

Santiago e Carvalho (2009) apontam algumas ações que fizeram com que a bioética se desenvolvesse como área científica da saúde, porque abarcam os conceitos novos trazidos pela biologia molecular, pela biotecnologia na área da medicina, através de uma vertente que aproxima as questões filosóficas das ações do Estado na consolidação de leis em benefício ao cidadão, que são amparadas na Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, a bioética busca os princípios éticos sobre os atendimentos na área da saúde, com a promoção correta do uso das tecnologias em favor da área médica e da saúde, com amparo legal nas leis e na organização da sociedade cidadã, que convergem sobre os sujeitos e seus direitos morais e éticos (SANTIAGO; CARVALHO, 2009).

E sobre esses sujeitos, a área de saúde não pode conceber um tratamento apenas técnico, que, na visão de Santiago e Carvalho (2009), tornaria uma rotina na área médica e isso não poderia contribuir para a busca de novos tratamentos e de novas ações importantes para o fortalecimento das instituições da saúde, que há décadas detinham uma ação de trabalho rígida aos conceitos científicos, mas distantes das funções morais e éticas.

Para Oliveira *et al.* (2011):

O processo de humanização em saúde busca resgatar o respeito à vida, incluídas as circunstâncias biopsicossociais, espirituais e educacionais, considerando o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como a necessidade da construção de espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o aspecto humano de todos os envolvidos na assistência. Por ser mais que ato humanitário, esse processo requer a implementação de um sistema interdisciplinar e reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática de diferentes profissionais de saúde em busca de sua dimensão ética (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 1).

Por vezes, as condições de saúde do paciente, chancelado por um diagnóstico de terminalidade da vida, ou da família que está ao seu lado, o coloca em uma posição de vivência de muita complexidade. É nessa hora que as ações dos profissionais da saúde devem ser, além de voltadas para as questões técnicas, como medicação e cuidados, dispensarem total apoio humanizador.

Oliveira *et al.* (2011) afirmam que as consultas médicas já são muito diferentes de anos atrás e um número considerável de médicos consegue realizar um trabalho mais humanizado junto aos pacientes, que deixam de oferecer somente o diagnóstico de uma doença para tecer uma conversa mais informal sobre ela e de todos os processos que ocorrerão.

Em relação ao uso de novas tecnologias, Oliveira *et al.* (2011) aponta que mais de 60% dos médicos já fazem uso delas para o prolongamento da vida sem que haja um sofrimento, para o paciente, em mantê-la, mas reforça que a ação relacionada à humanização e à utilização da espiritualidade nos processos médicos deve ser muito bem amparada por uma diretriz formativa sobre todos os meios que a consolidam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão de solidarizar ética e moral com o próximo já vem como concepções de momentos longos dentro da história. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, a humanidade viveu momentos diferentes sobre a liberdade de pensamento e o cuidado com os sujeitos que pensam e agem de formas diferentes, abarcados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 trouxe novos olhares para vários segmentos, muitos deles para a área da saúde.



Os processos de humanização e espiritualidade na saúde nasceram de lutas e conquistas que vieram ao longo da história e da própria história nacional. Junto a elas está a bioética, que nasce justamente para consolidar os processos da ética e moral dentro do trabalho dos profissionais de saúde, que possuem largas responsabilidades em efetivar as políticas mais básicas para concretizar o bem e a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde brasileiro.

Ao longo das leituras, a concepção sobre a bioética, espiritualidade e humanização foi se remodelando através dos conceitos de importantes escritores. Assim, percebeu-se que esses elementos só existem pela concreticidade e coligação entre os termos. De fundamental importância para a qualidade de vida das pessoas, esses processos trazem mais dignidade à vida do usuário e o papel mais efetivo do trabalho em saúde.

Para efetivar as ações de humanização em saúde, em todas as áreas da bioética, é precioso que aportes financeiros aconteçam pelos órgãos mantenedores das instituições, a fim de promover estruturas dignas de trabalho e fortalecimento dos princípios morais e éticos. A capacitação dos profissionais também é uma estratégia de política pública, para que haja condições de se prestar um atendimento de qualidade, diferenciado para cada pessoa que necessite.

Desse modo, como as teorias de humanização em bioética são transformadas a cada ação e investimento, espera-se que os usuários da rede pública em saúde não tenham somente um atendimento mais condizente com sua necessidade, mas a percepção dele próprio sobre todas as bases. Assim, além de promover mais qualidade no atendimento ou no tratamento, promove-se mais conforto emocional para seus familiares, que muitas vezes não têm um amparo digno em suas fragilidades emocionais, o que acaba resultando em mais sofrimento e desgaste emocional, que já se encontram em um momento delicado e triste de suas vidas.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em bioética. *In*: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Buscar sentido e plenitude de vida: Bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulina, Centro Universitário São Camilo, 2008.

ARAÚJO, R. A. V. Abordagem Qualitativa Na Pesquisa Em Administração: Um Olhar Segundo a Pragmática da Linguagem. ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília. **Anais...** EnEPQ, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n. 115, p. 13-45, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**. 2014. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>. Acesso em 22 Fev. 2021.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

Jatene, A. D. **Carta a um jovem médico: uma escolha pela vida**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

MENEZES, P. **O que é bioética?** Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/bioetica/>. Acesso em 18 nov. 2021.

OLIVEIRA, F. T. *et al*. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. **Rev. Bioética**, v. 19, n. 1, p. 247-258, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Lisboa: UNESCO, 2005.

Pessini, L. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 2, p. 187-195, 2007.

Pessini, L. Medicina brasileira e ética: uma leitura sobre terminalidade e espiritualidade nos códigos de ética médica brasileiros e sobre diretrizes de alguns países. **Vida Pastoral**, v. 52, n. 276, 2011.

POTTER, V. R. Bioethics, science of survival. **Perspect Biol Med**, v. 14, n. 1, p. 127-153, 1970.

SANTIAGO, I. S.; CARVALHO, K. K. **Princípios da Bioética e os Cuidados em Enfermagem**. 2009. Disponível em: <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/1/cdrom/mesas/mesa4/02.pdf>. Acesso em 22 out. 2021.

SIMÕES, A. L. A. *et al.* A Humanização do Atendimento no Contexto Atual de Saúde: Uma reflexão. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 81-85, 2007.

SOARES, A. M. M. **Bioética e secularização**: sobre a identidade conceitual dos paradigmas bioéticos contemporâneos. Rio de Janeiro: Real Engenho, 2011.

SOUZA, V. C. T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. **Revista Centro Universitário São Camilo**, v. 6, p. 181-190. 2012.

VILLAR, R. M. T. **Humanização das Condições de Trabalho: Um dos pré-requisitos da Humanização da Assistência**. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro. 2012.

WALDOW, V.R; BORGES, R.F. **Cuidar e humanizar**: relações e significados. Acta Paul Enferm 2011.

Zoboli, E. L. C. P.; PEGORARO, P. B. B. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 2, p. 214-224, 2007.



# 8

Bruna Moreno Brum Torres

Lenira Peloso Leite

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Antonio Neres Norberg

Bianca Magnelli Mangiavacchi

## **A influência da espiritualidade na relação médico-paciente:**

**uma abordagem no atendimento  
a Testemunhas de Jeová**



## INTRODUÇÃO

O Juramento de Hipócrates, de 1771, dito como o pai da medicina, é um renovado há séculos por acadêmicos de medicina por ocasião de sua formatura. Em uma de suas partes está escrito que os profissionais aplicarão os regimes para o bem do doente, segundo o seu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. Neste sentido, muito é discutido sobre o atendimento médico em relação às pessoas da religião Testemunhas de Jeová (TJ), já que esses não admitem a transfusão sanguínea, devido a sua crença. Contudo, a relação médico-paciente vai muito além desse tratamento hemoterápico.

A Resolução nº 1.021/80, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1980), definiu que, não havendo perigo iminente à vida, o médico deve respeitar a vontade do paciente ou de seus responsáveis. Caso contrário, o médico pode praticar a transfusão de sangue, independente do consentimento do paciente e de responsáveis.

Em sessão plenária, realizada no dia 13 de junho de 2018, foi reafirmado o que prevê a resolução vigente, contudo, reitera-se que a decisão não se encontra totalmente pacificada, ou seja, não existe ainda um consenso sobre o tema. A legislação, em especial, a Constituição Federal de 1988, privilegia o direito à vida, porém, a jurisprudência, em alguns aspectos, considera a dignidade humana tão importante quanto a vida.

De forma soberana, a Constituição Federal de 1988 traz o direito à vida como princípio basilar, disposto no art. 5º, ao definir que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988). Nesse ponto, se insere o princípio da dignidade da pessoa humana como um pilar da Constituição, associada aos demais direitos, que assegura às pessoas o direito à vida de forma integral.

Dessa forma, de acordo com a própria Constituição, a vida não pode ser violada e o cidadão é livre para manifestar suas crenças religiosas e deve ser respeitado e ter sua dignidade preservada. Nesse contexto, apresenta-se um conflito relacionado aos direitos em que, de um lado, está o cidadão, que deve ter a garantia de manifestar sua crença e ter sua vida preservada e, do outro, um médico, com o dever de respeitar esse paciente com suas crenças e preservar sua vida.

Com relação às TJ, há que se refletir a linha tênue entre o dever do Estado em garantir o direito à vida em sua integralidade e as obrigações médicas, sejam elas técnicas, éticas e legais. A recusa do paciente, com sua autonomia, poderia caracterizar renunciar a um direito ou que essa decisão esteja sendo tomada de forma a garantir o tratamento de outra forma. Uma vez que o paciente busca por alternativas para o tratamento em questão, ele não está dispondo do direito à vida, ou seja, ele não recusa ser tratado, mas que não seja utilizado sangue.

A relação-médico paciente vai além de preceitos técnicos ou legais, a análise de cada situação deve respeitar os aspectos éticos, a individualidade, o direito à liberdade religiosa e suas crenças e a essência de cada paciente como um ser único que está inserido em uma sociedade com uma vasta diversidade cultural, com sua liberdade de expressar e ser atendido de acordo com seus posicionamentos religiosos, como é o caso dos pacientes Testemunhas de Jeová (pTJ) em relação ao tratamento com transfusão sanguínea.

As TJ baseiam-se, em sua crença, nos princípios bíblicos onde os cristãos devem se abster de tratamento com sangue e seus derivados, de acordo com o Velho e o Novo Testamento, não somente por obediência, mas também em respeito a Deus, partindo da concepção de que o sangue para Eles representa a vida doada a cada indivíduo de forma única e intransferível.

A recusa por transfusão de sangue baseada na manifestação religiosa é uma temática polêmica, que ganha destaque na sociedade e na comunidade médica, em função do dilema vivenciado, tanto pelos pacientes quanto pelos médicos. As nuances, que envolvem o dever do médico em salvaguardar a vida do paciente, em meio à busca de alternativas terapêuticas que garantam os direitos constitucionais de ambas as partes, trazem uma reflexão acerca da influência da espiritualidade na relação médico-paciente que perpassa por pontos delicados de atuação, posicionamentos, crenças, direitos e deveres para os quais não há certo ou errado.

O pTJ, quando transfundido contra sua vontade, tem seu direito à liberdade religiosa violado, visto que seu desejo não é encerrar a vida, mas solicitar tratamento que não vá de encontro com sua crença. Portanto, sua decisão não é baseada apenas em uma manifestação religiosa, mas no direito à vida de forma integral. É o que será abordado, de forma breve, sobre a temática posta.

O presente capítulo, através de pesquisa bibliográfica, tem como objetivo analisar a influência da espiritualidade na relação médico-paciente no cuidado às testemunhas de Jeová, associada às questões éticas, legais e religiosas e os conflitos envolvidos neste processo.

## A CRENÇA DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

A organização religiosa Testemunhas de Jeová teve sua origem em 1869, no estado da Pensilvânia, nos Estados Unidos, e nos anos posteriores formaram-se novas congregações nos estados vizinhos. A característica era levar às pessoas o testemunho em suas casas e oferecer impressos bíblicos. Para se tornar um membro, a pessoa passa por aprovação, com dedicação de horas ao ministério da palavra e diversos compromissos e aceitação, sem contestar os ensinamentos (HUGHES *et al.*, 2008).

Possuem a crença de que a transfusão de sangue, por qualquer via, é contra a vontade de Deus. Baseiam-se em trechos bíblicos, como dito em Gênesis 9:3-4 “tudo que se move e vive vos servirá de alimento; somente não comereis carne com a sua alma, com sangue” (BÍBLIA SAGRADA, 2015, p. 56); em Levíticos 17:14 “porque a alma de toda carne é o seu sangue, que é sua alma. Eis por que eu disse aos israelitas: Não comereis sangue de animal algum, porque a alma de toda carne é o seu sangue; quem comer será eliminado” (BÍBLIA SAGRADA, 2015, p. 161); e em Atos 15:28-29 “com efeito, pareceu bem ao Espírito Santo e a nós não vos impor outro peso além do seguinte indispensável: que vos abstenhais das carnes sacrificadas aos ídolos, do sangue, da carne sufocada e da impureza” (BÍBLIA SAGRADA, 2015, p. 1432), para se recusarem a esse tipo de tratamento, mesmo em risco de morte.

Sua posição é sustentada, ainda, nos riscos associados às transfusões, bem como na crença da perda da santidade. Para Hugues *et al.* (2008, p. 238), as TJ acreditam que “o tempo ganho na terra através de uma transfusão é irrelevante para a condenação eterna espiritual”.

Para uma TJ, a transfusão sanguínea, caso ocorra, pode gerar punições, como suspensão das atividades religiosas com o grupo e até exclusão. Ou seja, a recusa por esse tratamento não é uma questão individual unicamente, mas da comunidade religiosa, que desempenha atividades com hospitais, médicos e pacientes, de forma a preservar a autonomia de seus fiéis em relação a abordagens terapêuticas, divulgando alternativas, com base em artigos médicos publicados.

A religião das TJ possui aproximadamente 700.000 adeptos no Brasil. Estes aceitam todos os tipos de tratamento médico, exceto a transfusão sanguínea, pois consideram-na um ato impuro, baseado na obediência ao mandamento bíblico do livro Atos dos Apóstolos 15:28-29, que diz ao fiel para “abster-se de sangue”. Contudo, ao contrário do



que o mito popular imagina, esses seguidores prezam muito pela vida, pela saúde e bem-estar do corpo físico e da alma, por isso é errôneo diminuí-los apenas por essa atitude. A vida para os pTJ é uma dádiva de Deus e, por isso, procuram assistência médica quando necessário e não defendem o direito de morrer.

A Declaração Universal dos Direitos humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), em seu artigo 5º, dispõe sobre a autonomia e liberdade individual, afirmando que:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos (ONU, 1948, p. 6).

Os pTJ buscam por tratamentos médicos isentos de sangue, que muitas vezes não são ofertados por desconhecimento médico ou falta de estrutura hospitalar. A Resolução CFM nº 1021/80 (CFM, 1980), que dispõe sobre a recusa pelas TJ em permitir a transfusão sanguínea, afirma que, no Brasil, programas isentos de sangue estão implantados em apenas cinco hospitais e 4.500 conhecedores e capacitados para as técnicas de gerenciamento e conservação de sangue dispostos a tratar os pTJ.

## ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

O tratamento médico hemoterápico alógeno, ou seja, a transfusão com o sangue de outra pessoa, apesar de ser mais difundido, não garante ao paciente a segurança e o risco de contaminação por esse sangue. Para Silva (2019), o vírus da AIDS, por exemplo, pode estar presente no sangue do doador sem que seja descoberto no exame, por estar na “janela imunológica” que corresponde ao período que um

organismo leva, a partir de uma infecção, para produzir anticorpos que possam ser detectados por exames de sangue. A janela imunológica varia de acordo com o tipo de infecção e sensibilidade do teste utilizado para detectá-la, onde o vírus ainda não pode ser identificado.

Nesse sentido, os profissionais da saúde devem buscar novas técnicas, onde a segurança ao paciente possa ser atestada e eficaz, alcançando resultados mais satisfatórios. As opções de novos tratamentos são bem descritas na literatura e abrangem medicamentos e equipamentos para tratar anemia ou coagulopatias, manejo para redução da perda de sangue durante cirurgias, além da economia de componentes sanguíneos, que sempre estão escassos em todo o país.

Algumas alternativas são suplementar o paciente com ferro e eritropoietina, fazendo a estimulação dos glóbulos vermelhos; controlar as hemorragias e usar técnicas para recuperação do sangue do próprio paciente.

Pesquisa realizada na internet, apontou o Hospital Panamericano, em São Paulo, como uma opção ao tratamento desses pacientes. A instituição fez o credenciamento e se tornou o primeiro da região a atender sete mil seguidores Testemunhas de Jeová na região e adjacências. O Hospital também faz a capacitação de outros quatro hospitais e 20 centros médicos para atender a demanda. Dentre a diferenciação no atendimento aos pTJ estão a colocação de pulseiras verdes para identificação, enquanto os demais usam pulseiras brancas, e uma ficha e carteira contendo informações sobre a proibição e restrição à transfusão sanguínea (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2003)

Dentre as técnicas aplicadas nestes pacientes para procedimentos pouco invasivos estão a expansão do volume de líquidos no organismo e estimulação para crescimento e desenvolvimento de novas células sanguíneas, utilizando ácido fólico, soro e eritropoietina. Outro tipo de alternativa é o reaproveitamento do sangue do paciente

pelo aparelho Cell-Saver, um sistema de autotransusão intraoperatório. Essa máquina, além de reciclar o sangue durante uma cirurgia, evita transfusões halogênicas de concentrado de hemácias e seus riscos associados.

A seguir, a tabela 1 apresenta algumas terapias alternativas já estudadas e comprovadas cientificamente.

**Tabela 1: Terapias alternativas para a hemotransusão**

| <b>PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVEM O USO MÉDICO DE SEU PRÓPRIO SANGUE</b>   |  |   |
|--|--|---|
| Observação: Os métodos de aplicação de cada um desses procedimentos médicos podem variar de médico para médico. Peça ao seu médico que lhe explique o que exatamente está envolvido em qualquer procedimento que ele oferecer, certificando-se de que o método usado esteja em harmonia com princípios da Bíblia e com suas próprias decisões à base de sua consciência. |  |   |
| NOME DO TRATAMENTO   | O QUE REALIZA  | Escolhas que você deve fazer (converse com o médico antes de aceitar ou não o procedimento) |
| <b>Recuperação intraoperatória de células</b>  | <b>Reduz a perda de sangue.</b> Durante a cirurgia, o sangue de ferimentos ou de uma cavidade do corpo é lavado, filtrado e após isso, é devolvido ao paciente, talvez em um processo contínuo.  | Aceito<br>Talvez aceite*<br>Recuso  |
| <b>Hemodiluição</b>  | <b>Reduz a perda de sangue.</b> Durante a cirurgia, o sangue é desviado para bolsas e substituído por expansores de volume que não contêm sangue. Desse modo, o sangue que ainda resta no paciente é diluído, contendo menos glóbulos vermelhos. Durante a cirurgia ou no término dela, o sangue desviado é devolvido ao paciente. | Aceito<br>Talvez aceite*<br>Recuso  |
| <b>Máquina coração-pulmão</b>  | <b>Mantém a circulação.</b> O sangue é desviado para uma máquina coração-pulmão artificial onde é oxigenado e devolvido ao paciente.   | Aceito<br>Talvez aceite*<br>Recuso  |
| <b>Diálise</b>   | <b>Funciona como um órgão.</b> Na hemodiálise, o sangue circula em uma máquina, onde é filtrado e depurado antes de retornar ao paciente.  | Aceito<br>Talvez aceite*<br>Recuso  |

|                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <b>Tampão sanguíneo peridural</b> | <p><b>Impede a perda do líquido espinhal.</b><br/>Uma pequena quantidade do sangue do próprio paciente é injetada na membrana em volta da medula espinhal. Esse procedimento é usado para fechar um ponto de punção em que há vazamento do líquido espinhal.</p>  | <p>Aceito<br/>Talvez aceite*<br/>Recuso</p> |
| <b>Plasmaferese</b>               | <p><b>Trata doenças.</b> O sangue é retirado do paciente e filtrado para remover o plasma. Um substituto do plasma é adicionado e o sangue é devolvido ao paciente. Alguns médicos talvez usem o plasma de outra pessoa para substituir o do paciente. Quando este é o caso, essa opção é inaceitável para os cristãos.</p> | <p>Aceito<br/>Talvez aceite*<br/>Recuso</p> |

Fonte: SILVA (2019, p. 23)

Desta forma, se mostra clara a possibilidade de novas técnicas que possam respeitar tanto o direito à vida como a liberdade religiosa. O Código de Ética Médica (2009, p. 30), no inciso V, do capítulo I, prevê ao profissional médico “aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”. Assim, fica expresso que os avanços nessas áreas devem ser mais valorizados e mais bem fomentados pelas instituições públicas e privadas, reduzindo os preços, para que se tornem acessíveis a todos, tanto em instituições particulares quanto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Toda forma de alternativa terapêutica deve ser informada e um termo de consentimento fornecido, onde informações acerca dos riscos são passadas e o paciente deve consentir ou não. O médico tem por obrigação legal auxiliar o paciente na decisão e não impor sua própria vontade. Portanto, o conhecimento médico acerca das terapias alternativas é fundamental.



## RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

O encontro entre o paciente e o médico desperta uma grande variedade de sentimentos e emoções, configurando uma relação humana especial, designada através dos tempos, como relação médico-paciente (PORTO, 2021). Pode-se dizer que não é uma relação como outra qualquer, pois nela está inserida uma grande carga de angústia, medo, incertezas, amor, ódio, insegurança e confiança que determinam uma relação dialética entre o ser doente e aquele que lhe oferece ajuda.

A Medicina passou de um modelo assistencial mecanicista, baseada na cura das doenças e tecnologias, para um modelo assistencial mais amplo, buscando a prevenção e a promoção da saúde. Dessa forma, os médicos devem possuir a habilidade de enxergar esse paciente como um todo, englobando todos os aspectos determinantes da saúde, incluindo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Dentro dessas características, encontra-se a religiosidade/espiritualidade (R/E) como uma atividade que beneficia a saúde das pessoas.

Existe uma distinção entre espiritualidade e religiosidade que, apesar de se sobreporem, não são iguais, pois é possível um indivíduo ser espiritualizado e não seguir uma religião. Da mesma forma é possível ter uma religião e não ser uma pessoa espiritualizada. Assim, faz-se necessário estabelecer diferenças conceituais entre religiosidade e espiritualidade, uma vez que diferem em seus sentidos e exercem funções diferentes na vida das pessoas. Dalgarrondo (2008) destaca a religião e espiritualidade como significados que atribuem sentido à existência e, como consequência, às vivências de sofrimento atribuídas à condição humana.

Koenig (2012) traz o conceito de religião como as crenças, com suas práticas e/ou rituais que estão relacionados com algo que transcende, seja em nome de Deus ou outra entidade religiosa, com percepções específicas sobre a vida e como viver em sociedade. Para Dalgalarroondo (2008), o termo religiosidade não é sinônimo de espiritualidade, mas está relacionado ao conceito de religião em seus aspectos doutrinários, suas práticas e dogmas institucionais de organizações religiosas.

De acordo com Pessanha e Andrade (2009), a religiosidade está vinculada a uma organização religiosa e se difere da espiritualidade por esta não estar obrigatoriamente ligada a uma religião, uma vez que a religiosidade pode ser a manifestação de uma crença e devoção a uma determinada religião.

Mano (2010) considera a espiritualidade como algo íntimo, que transcende, que busca por vontade própria o autoconhecimento e o interesse em conhecer o outro. Dessa forma, pode-se compreender a espiritualidade como uma manifestação que pode ou não estar relacionada a um deus ou mesmo às práticas religiosas. De acordo com Domingues *et al.* (2020), a definição de espiritualidade advém do conceito de espírito, imaterial, vista como uma necessidade interna na busca por um entendimento sobre a vida e os significados inerentes a ela.

Murakami e Campos (2021) afirmam que a religiosidade e espiritualidade constituem a subjetividade humana. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) inclui ao conceito de saúde a dimensão espiritual, que remete a questões como significado e sentido da vida, sem se limitar a uma crença ou prática religiosa específica.

De acordo com Portugal (2014), a manifestação religiosa de um indivíduo pode caracterizar uma experiente angústia frente aos profissionais de saúde pela falta de diálogo na relação médico-paciente, pois o foco da assistência, às vezes, está na doença e não no indivíduo como um todo.

Domingues *et al.* (2020) se posicionam a favor da necessidade de respeitar o paciente por considerar a religião como promotora de conforto e bem-estar. Desta forma, mostra-se importante que os profissionais de saúde compreendam sobre religião, religiosidade e espiritualidade para que seja possível abordar uma conduta terapêutica que atenda o indivíduo em sua integralidade. Os autores apontam que a religiosidade ou espiritualidade oportuniza uma melhor compreensão do processo de adoecimento quando o indivíduo se baseia em suas crenças, depositando suas esperanças em suas divindades.

Para Murakami e Campos (2012), a religiosidade auxilia no enfrentamento da doença, reduzindo sentimentos de ansiedade, contribuindo para uma qualidade de vida melhor e aumentando as esperanças. Embora essa relação entre religião e medicina ainda apresentem impasses, como o posicionamento de alguns profissionais que não compreendem a temática para abordar no contexto clínico, seja por falta de conhecimento acerca do assunto, por falta de crenças ou por questões éticas.

Quando as questões espirituais e/ou religiosas são integradas no contexto da relação médico-paciente, alguns profissionais possuem limitações em sua competência para resolver problemas espirituais complexos, relacionados a doenças físicas ou emocionais. O conhecimento e a experiência a respeito da religiosidade/espiritualidade de seus pacientes podem variar por não estarem familiarizados com a abordagem a esta faceta do ser humano. Muitos médicos podem tomar a história religiosa/espiritual de forma respeitosa, como parte da tarefa de avaliar a saúde do paciente como um todo, podendo também encorajar as crenças que o paciente identifique como úteis e confortantes (KOENIG, 2012).

Koenig (2012) afirma ainda que o termo espiritualidade foi ampliado recentemente para incluir conceitos psicológicos positivos, como significado e propósito, conexão, paz de espírito, bem-estar pessoal e felicidade. Incluindo aspectos que não têm nada a ver com

religião, podendo tornar a espiritualidade indistinguível. Assim, a espiritualidade pode ser proveitosa quando usada de maneira mais ampla no atendimento ao paciente.

De acordo com Bergel (2007), ao avaliar os efeitos da espiritualidade sobre o organismo, mais da metade dos médicos acreditam que a fé exerce influência na saúde, não importa qual a crença e nem se ela envolve um deus. O fato é que práticas como oração e meditação vêm se tornando, cada vez mais, alvo de estudo de pesquisadores na área da saúde, que investigam os efeitos da fé sobre o organismo humano.

Quando o foco é a construção da relação médico-paciente com um pTJ, devem ser avaliados os aspectos jurídicos e éticos, para definir a conduta e minimizar as possibilidades de conflitos, de forma a respeitar a autonomia do paciente sem que haja detrimento à autonomia médica. Uma vez que é de conhecimento da classe médica o posicionamento desses pacientes, uma abordagem terapêutica alternativa à transfusão sanguínea já deve ser a primeira conduta a ser realizada, até que se esgotem todas as possibilidades.

Para Porto (2021), o respeito pela autonomia do paciente como ser humano e cidadão é hoje o núcleo do relacionamento médico-paciente, devendo possuir empatia, compaixão e não julgamento. Para tanto, afirma que os pacientes poderão registrar a quais procedimentos querem ou não ser submetidos, chamada de diretiva antecipada de vontade, que permite definir com o médico os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido.

Para as TJ a espiritualidade diz respeito às muitas questões que podem afetar sua qualidade de vida, sendo importante que o médico reconheça e compreenda os fundamentos morais que impulsionam as decisões desses pacientes que, apesar de se negarem às transfusões sanguíneas, devem ser tratadas com respeito e empatia,



compreendendo que as atitudes e comportamentos de saúde das pessoas são influenciadas por suas crenças.

De acordo com Zieman (2018), as TJ vivenciam uma turbulência interna e uma dor emocional significativa quando se deparam com profissionais de saúde que se recusam a tratá-las ou desprezam suas crenças. Assim, o apoio espiritual, especialmente do médico, é de essencial importância para esses pacientes, servindo para aliviar seu sofrimento psicológico e propiciando confiança para que possa solicitar ajuda.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As testemunhas de Jeová não manifestam vontade de morrer ao recusar transfusões sanguíneas, mas buscam alternativas terapêuticas em favor de suas vidas sem desrespeitar suas crenças religiosas, portanto, não estão dispendo do direito constitucional à vida. Para tanto, esta comunidade religiosa possui comissões voltadas para disponibilizar aos médicos um aparato de informações sobre possibilidades terapêuticas alternativas, baseadas em estudos publicados, com o intuito de oferecer suporte ao paciente membro da religião e aproximar os médicos de outras possibilidades.

A comunidade médica vem, em função das necessidades apresentadas pela diversidade cultural existente, buscando melhorar e aprimorar suas técnicas, de forma a apresentar cada vez mais qualidade aos tratamentos e maior possibilidade de qualidade de vida ofertada aos seus pacientes. Dessa forma, tem-se buscado alternativas mais eficazes que as transfusões sanguíneas, com menores riscos e mais benefícios. Embora não seja possível garantir a sobrevivência do paciente, seja pela abordagem de terapia com sangue ou não.

O fato de não existir garantia de sobrevivência em tratamentos com transfusões sanguíneas, quando o paciente recusa essa modalidade de tratamento, não se pode afirmar que ele está renunciando a seu direito constitucional à vida por buscar alternativas ao tratamento, mas sim exercendo seu direito de autonomia e fazendo valer seu direito à vida. Assim, pode-se afirmar que a recusa não se apresenta como uma renúncia à vida, mas a execução do seu direito em preservá-la, através de outras possibilidades terapêuticas que não violem sua crença.

Neste ponto, a relação médico-paciente faz-se necessária para o diálogo, de forma que a autonomia de uma parte não se sobreponha à da outra, pois o objetivo de ambos é o mesmo, qual seja, salvaguardar a vida do paciente. Essa relação médico-paciente se mostra não como uma forma de aproximação e confiança onde se faz necessário o respeito mútuo e o avanço da medicina com pesquisas e estudos que comprovam que existem terapias alternativas. Portanto, permite-se afirmar que é legítima a recusa do paciente Testemunha de Jeová a tratamentos com sangue.

Conclui-se, portanto, que o médico deve entender que as religiões são multifacetadas e reconhecer sua pluralidade, oferecendo apoio espiritual em seu plano de cuidados, respeitando e sendo empático a todas as crenças, mesmo que esta seja diferente daquela em que acredita, a fim de cuidar integralmente dos pacientes que a ele recorrem.

## REFERÊNCIAS

BERGEL, M. **Fé influencia na saúde**. Disponível em: <[http://www.crmpb.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21900:fe-influencia-na-saude&catid=46:artigos&Itemid=483](http://www.crmpb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21900:fe-influencia-na-saude&catid=46:artigos&Itemid=483)> Acesso em 25 out.2021.

BÍBLIA SAGRADA. **Tradução dos originais grego, hebraico e aramaico mediante a versão dos Monges Beneditinos de Maredsous** (Bélgica). São Paulo: Ave-Maria, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Código de Ética Médica**. 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em 6 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.021/80**. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/pagina-307.html#:~:text=1%C2%BA%20%2D%20Se%20n%C3%A3o%20houver%20iminente,paciente%20ou%20de%20seus%20respons%C3%A1veis>. Acesso em 6 nov. 2021.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**: do coletivo ao individual, do fenômeno sociocultural à experiência psicopatológica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral da ONU, 1948.

DOMINGUES, M. E. S. *et al.* Religião, Religiosidade e Espiritualidade e sua relação com a saúde mental em contexto de adoecimento: uma revisão integrativa de 2010 a 2020. **Caderno Paic**, v. 21, n. 1, p. 555-576, 2020.

HUGHES, D. *et al.* The contemporary approach to the care of Jehovah's witnesses. **J Trauma**, v. 65, n. 1, p. 237-47, 2008.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **Psychiatry**, v. 2012, n. 1, p. 1-33, 2012.

MANO, R. P. **O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante pentecostal e neopentecostal**: repercussão da religião na formação das crises do tipo psicótica. 2010. 178f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 5, n. 2, p. 361-367, 2012.

PESSANHA, P. P.; ANDRADE, E. R. Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico existencial. **Perspectivas Online**, v. 3, n. 10, p. 75-86, 2009.

PORTAL SAÚDE BUSINESS. **Hospital Panamericano oferece atendimento diferenciado para Testemunhas de Jeová**. Disponível em: < <https://www.saudebusiness.com/mercado/hospital-panamericano-oferece-atendimento-diferenciado-para-testemunhas-de-jeov> >. Acesso em 24.Set.2022.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

PORTUGAL, C. M. **Da linguagem dos infortúnios às narrativas de doença: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos entre adeptos do candomblé**. 2014. 233f. Dissertação (Mestrado em Informação, Comunicação e Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, I. M. R. **As Testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue**. 2019. 42f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

ZIEMAN, B. **Psychological conflicts of a Jehovah's Witness patient: advocates for Jehovah's Witness Reform on Blood**. 2018. Disponível em: <http://ajwrb.org/psychological-conflicts-of-a-jehovahs-witness-patient>. Acesso em 12 nov. 2021.



# 9

Jonathan Machado do Couto

Júlia Motta de Souza

Laryssa Coutinho de Andrade Farolfi Ribeiro

Samira Castilholi Tiradentes Chaves

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Antonio Neres Norberg

Bianca Magnelli Mangiavacchi

## A Espiritualidade na Saúde Mental

## INTRODUÇÃO

Segundo Hott (2020), existem várias concepções de saúde e de doença delimitadas ao longo da história. Porém, com o aparecimento da ciência moderna, as proposições referentes a esse quesito foram estudadas, no âmbito das ciências da saúde, e negaram toda e qualquer teoria que não contivesse nada do pensamento positivista. Hott (2020) ainda relata que, de posse do conhecimento da insuficiência do saber científico para a cura dos problemas de saúde, outras áreas anexas ganharam espaço e começaram a ser reconhecidas como fundamentais para se entender o processo de saúde e de doença. Com isso, a espiritualidade vem ganhando destaque, relacionando-se com as ciências da saúde para promover avanços a partir de estudos que envolvem medicina, fé e espiritualidade no cuidado em saúde mental.

Para Bosco Filho *et al.* (2016), entende-se por espiritualidade o valor inato da essência humana capaz de gerar bem-estar e promover um novo sentido à vida. Espiritualidade se diferencia de religiosidade, entendida como a demonstração da adoção de valores, crenças e rituais, capazes de responder às perguntas fundamentais sobre a humanidade. Por outro lado, é consensual que a espiritualidade faz com que o indivíduo tenha um pensamento de maior introspecção e fortalece o ser humano com a capacidade de se ver, proporcionando o desenvolvimento de ações heroicas diante de situações de grande complexidade, promovendo a sensação de força interior para atingir o equilíbrio da mente, do corpo e da alma.

Confrontando saúde e espiritualidade, o estudo tem ganhado importância científica, afastando as enormes diferenças e corrigindo os erros. Tudo isso acontece por conta da relevância da resignificação do viver, adoecer, sobreviver ou falecer. Essas questões existenciais, que podem implicar crises, são entendidas por pesquisadores,

combinando coesamente com as ciências interdisciplinares, diferentes prismas para um mesmo foco (BOSCO FILHO *et al.*, 2016).

O entendimento da relação que existe entre espiritualidade e religiosidade nem sempre foi esclarecido ao longo da existência humana, criando, assim, algumas barreiras no avanço do estudo médico acerca do ser humano como ser integral. Mesmo assim, tem sido apontado que a fé é um dos principais fatores que podem influenciar de forma positiva no processo de cura de enfermos e em sua relação com determinado quadro clínico. Tratando-se de saúde mental, a religiosidade é fator colaborador para a mitigação de danos dos usuários de álcool e outras drogas (HOTT, 2020).

A espiritualidade, se bem desenvolvida, é um fator que pode auxiliar o paciente em seu prognóstico. É um instrumento muito mais utilizado no tratamento do que na prevenção de patologias, dada a prática de a natureza humana se apegar mais aos elementos da fé quando há uma doença em curso do que quando está bem de saúde (NOBRE *et al.*, 2020).

Embora o processo de espiritualizar seja profundamente pessoal e um exercício constante, além de não haver um estilo específico ou universal para desenvolvê-lo, pode-se iniciar por meio da motivação em alcançar o autoconhecimento. A recuperação plena para os males da alma é encontrada no ser, ainda que recursos adjuntos sejam fundamentais como elementos de apoio. Sendo assim, essa pode ser uma oportunidade para ativar o potencial íntimo e, em vez de exaurir em aflições, captar do caos interior e exterior o que apenas parece ser improvável: a promoção da salubridade psíquica como adjuvante da saúde física, que também urge em ser balizada por medidas sanitárias conscienciosas e eficazes (HOTT, 2020).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a correlação entre a psiquiatria e psicologia com a espiritualidade, demonstrando



seus benefícios e pontos positivos para os pacientes e familiares, tanto na prevenção de patologias e promoção da saúde mental, assim como no processo de melhora do prognóstico de pacientes com patologias associadas à mente.

Tendo em vista o modelo do trabalho, realizou-se uma pesquisa bibliográfica da literatura pertinente ao tema abordado. Como plataforma de dados, foi utilizada o Google Acadêmico, tendo sido realizada a pesquisa no ano de 2021.

Posteriormente, foi feita a escolha das pesquisas apresentadas e realizou-se a leitura destas, para avaliar se havia correlação com o tema. A escolha foi realizada após análise do seu título, resumo e, por fim, do estudo de forma geral. As pesquisas relevantes foram avaliadas conforme os critérios de inclusão como: pesquisas relacionadas à espiritualidade e à psiquiatria/psicologia, estudos elaborados em português e inglês e pesquisas realizadas entre o período de 2011-2021. Como critérios de exclusão, foram dispensadas as pesquisas que não se relacionam com o tema, estudos elaborados em outro idioma que não fosse o português e o inglês e pesquisas realizadas anteriormente ao ano de 2011.

## A ESPIRITUALIDADE COMO PREVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL

A espiritualidade possui impacto positivo quando associada de forma correta ao tratamento de transtornos mentais, sendo desde os mais leves como, por exemplo, a ansiedade, até os mais avançados, como as psicoses. Além de melhorar a saúde biopsicossocial, também melhora o humor, fazendo com que o paciente tenha prazer em viver. A espiritualidade pode oferecer formas melhores de encarar situações



difíceis e inevitáveis que a vida faz o paciente passar, por isso a importância dela quando se fala em saúde mental.

De acordo com Oliveira e Junger (2012, p. 473):

Para que essa inter-relação seja positiva e favoreça a saúde mental e intensifique a vivência espiritual do sujeito, vai depender do “sentido” e da forma como ele recebe e interpreta em seu contexto de vida essa experiência. A racionalização pode obstruir o fluxo da experiência afetiva espiritual, podendo ser um mecanismo de defesa que levaria o sujeito a um comportamento de justificar e explicar, de forma superficial a própria experiência (OLIVEIRA; JUNGER, 2012, p. 473).

Durante muitos anos, pessoas que sofriam com transtornos mentais eram vistas com maus olhos, afastadas de seus familiares e colocadas em lugares isolados por tempo prolongado. Após a Reforma Psiquiátrica, na década de 1980, percebeu-se que atitudes como essas prejudicavam ainda mais tais pacientes. Hoje, os pacientes são ouvidos e a espiritualidade serve como uma forma de melhoria de vida, auxiliando no tratamento e na prevenção. Segundo Salimena *et al.* (2016, p. 3), “o profissional deve pesquisar a história espiritual e explorar sobre a crença do usuário, por esta influenciar diretamente no projeto terapêutico e no transtorno mental”.

Pode-se dizer que a espiritualidade é uma energia e que o paciente tem total domínio sobre ela quando a conhece e entende sua funcionalidade. Tudo depende de como a pessoa direciona essa energia a seu favor. Oliveira e Junger (2012, p. 471) realizaram uma pesquisa que teve como objetivo saber qual o significado de espiritualidade. Uma parte considerável das pessoas abordadas utilizaram a palavra “experiência” para a definir, o que se justifica, pois, na maioria dos casos, a espiritualidade aparece com as experiências que a vida vai direcionando para cada um, como a experiência de adquirir uma doença. “Também foi lembrado que a espiritualidade é um fator de proteção que coopera para a mudança de vida e para a reabilitação”.

Salimena *et al.* (2016, p. 4) tratam mais detalhadamente sobre a definição de espiritualidade.

A espiritualidade se define como uma das principais fontes de inspiração de autotranscendência do ser humano, sustentando esperanças para construção de uma vida nova. Para o ser humano, é vista como necessária para a eclosão da individuação, bem como para encontrar solução dos conflitos e desolações sociais e existenciais (SALIMENA *et al.*, 2016, p. 4).

A espiritualidade pode diminuir o sofrimento dos pacientes, fazendo com que vejam a vida com uma nova perspectiva. O profissional de saúde precisa conhecer a história espiritual de cada paciente, pois, dessa forma, ajudará consideravelmente em seus tratamentos. Salimena *et al.* (2016, p. 4) ressaltam que “este conhecimento sobre a crença do paciente e como isso ajuda no enfrentamento da doença pode colaborar para o sucesso do tratamento e para o equilíbrio dos problemas mentais”.

## A ESPIRITUALIDADE COMO TRATAMENTO DE DOENÇAS MENTAIS

Partindo da concepção de que o doente mental não é somente o portador de uma doença, mas um ser humano em sofrimento, entende-se que a subjetividade também faz parte desse ser humano. Nessa condição, surge a discussão quanto à relação entre a espiritualidade e a assistência ao doente mental, uma vez que essa é uma dimensão importante na subjetividade do ser humano.

A espiritualidade tem grande impacto na qualidade de vida, reforçando valores individuais e dando maior significado à perspectiva de vida e, por isso, é utilizada há bastante tempo como fonte de auxílio terapêutico, por exemplo, na busca de hábitos mais saudáveis e no cultivo de pensamentos positivos. Além de auxiliar na saúde mental,

reforça valores individuais, fazendo com que os pacientes possam confrontar melhor as adversidades, ajudando também a aliviar os sintomas de doenças mentais graves, permitindo que o paciente se sinta mais motivado e disposto a realizar os tratamentos médicos.

Segundo Peselow *et al.* (2014), dentre os mecanismos que podem estar relacionados com esses resultados, encontram-se a elevação da autoestima e da sensação de domínio, menores níveis de desesperança e uso de crenças ou comportamentos religiosos para solucionar os problemas e aliviar as consequências emocionais negativas das circunstâncias estressantes da vida.

Gastaud . (2006), em seu estudo, mostraram que o exercício de atividades espirituais, bem como a oração podem influenciar, psicodinamicamente, através de emoções positivas (como a esperança, o perdão, a autoestima e o amor) sugerindo que essas emoções podem ser importantes para a saúde mental, em termos de possíveis mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos.

Os autores Koenig (2007), Guimarães e Avezum (2007), Peres, Simão e Nasello (2007) e Moreira-Almeida (2010) esclarecem em seus artigos a funcionalidade da integração da espiritualidade na prática clínica em saúde mental e o quanto necessário se faz o seu estudo na saúde mental e a compreensão de diversos fatores envolvidos com o assunto, para que se possa ter um subsídio teórico e empírico que fundamentem a sua integração na prática clínica, em todas as fases do tratamento psíquico.

Trabalhando a espiritualidade, é possível aumentar o bem-estar do paciente, reduzir a ansiedade, reduzir a incidência de transtornos psiquiátricos graves, diminuir a chance de suicídio e impactos dos fatos que causaram traumas ou fobias, além de produzir efeitos positivos no tratamento de crises pós-traumáticas e, também, é muito importante por proporcionar um sentimento de cura, fazendo com que o paciente tenha esperança e dê continuidade ao tratamento.

Por meio das discussões realizadas, observou-se que trabalhando a espiritualidade é possível aumentar o bem-estar do paciente, promover a saúde mental como um todo, assim como reduzir a ansiedade, a incidência de transtornos psiquiátricos graves, diminuir a chance de suicídio e impactos dos fatos que causaram traumas ou fobias. Além disso, com o estado de espírito equilibrado é possível produzir efeitos positivos no tratamento de crises pós-traumáticas e, também, é muito importante por proporcionar um sentimento de cura, fazendo com que o paciente tenha esperança e dê continuidade ao tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, evidencia-se, portanto, que trabalhar a espiritualidade é uma estratégia positiva, que auxilia na prevenção e na promoção da saúde mental, assim como é uma grande ferramenta nos tratamentos psicoterapêuticos. Logo, é de responsabilidade dos profissionais de saúde, de qualquer área, o acréscimo de condutas técnicas na abordagem da espiritualidade, das crenças e religiosidade dos pacientes, para melhor entendimento e conexão com eles, a fim de atingir o tratamento com melhor eficiência e qualificação.

Ademais, a promoção da saúde mental pode ser atingida pelo estado pleno de espírito, portanto a contribuição da religiosidade e do espiritualismo soma-se ao trabalho dos psicólogos e psiquiatras em tratamento de patologias psicossomáticas. Além disso, faz-se necessário uma conscientização e capacitação no meio profissional da saúde, para que uma padronização seja criada, assim como o respeito para com as diversidades religiosas existentes, no propósito de que essa implementação ocorra de forma harmônica, contribuindo para a saúde mental como um todo.



## REFERÊNCIAS

BOSCO FILHO, J. *et al.* Espiritualidade e saúde mental: desafios ao trabalho em saúde na contemporaneidade. **Rev Saúde**, v. 10, n. 1, p. 63-74, 2016.

GASTAUD, M. B. *et al.* Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 12-18, 2006.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiquiatr. Clín**, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.

HOTT, M. C. M. COVID-19: a espiritualidade harmonizando saúde mental e física. **J. Health Biol Sci**, v. 8, n. 1, p. 1-3, 2020.

KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care**. Why, how, when and what. West Conshohocken: Templeton Foundation Press, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Rev. Psiquiatr. Clín**, v. 37, n. 2, p. 41-42, 2010.

NOBRE, F. *et al.* Estratégias de prevenção e tratamento que envolvem espiritualidade em cardiologia. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 30, n. 3, p. 425-430, 2020.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGER, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012.

PERES, J. F. P.; SIMAO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. Psiquiatr. Clín**, v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007.

PESELOW, E. *et al.* **The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder**. *Innovations in Clinical Neuroscience*, v. 11, n. 3-4, p. 17-23, 2014.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, p. 1-7, 2016.

# 10

Rafaela Cristina Vieira

Laura Alvarenga Siqueira de Souza

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos

Alcemar Antônio Lopes de Matos

Antônio Neres Norberg

Bianca Magnelli Mangiavacchi

## **A influência da espiritualidade na qualidade de vida dos profissionais da área da saúde e pacientes**

## INTRODUÇÃO

Muito tem se falado na qualidade de vida dimensionada através da espiritualidade e o quanto esta matéria tem se relacionado na vida dos profissionais da área da saúde e na vida dos pacientes, porém, durante toda a história, os temas religiosidade/espiritualidade e saúde estiveram interligados, influenciando o trabalho de profissionais da saúde, seja de forma direta ou indireta.

Assim, Lucchetti (2011, p. 18) afirma que “religiosidade e espiritualidade têm sido objeto de um crescente interesse entre clínicos e pesquisadores da área da saúde”.

Por este motivo, é imperioso explicar o tema, uma vez que este, atualmente, é visto como imprescindível para o cuidado integral, sendo também um componente de harmonização em relações no processo de trabalho em saúde, proporcionando qualidade de vida aos profissionais e pacientes (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

Assim, este estudo tem como objetivo descrever a influência da espiritualidade na qualidade de vida dos profissionais da área da saúde e pacientes. A metodologia empregada foi a revisão de literatura, com análise de dados baseada em pesquisa bibliográfica realizada por autores diversos sobre o tema.

## QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

Inicialmente, cumpre esclarecer que qualidade de vida é um conceito mais recente, que engloba e transcende o conceito de saúde, uma vez que se compõe de vários outros fatores para existir,



tais como as dimensões física, psicológica, ambiental, dentre outras (PANZINI *et al.*, 2017).

Considerada a medida que faltava na área da saúde, tem sido 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. Há indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, por meio de estudos com razoável rigor metodológico, utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade (por exemplo: afiliação religiosa, oração e *coping* religioso/espiritual). Também existem vários instrumentos de qualidade de vida válidos e fidedignos que avaliam a dimensão espiritual/religiosa (PANZINI *et al.*, 2017, p. 1).

A noção de saúde mais utilizada para se explanar é a da própria Organização Mundial da Saúde (OMS), como sendo uma situação de completo bem-estar físico, mental e social, sendo para alguns autores uma noção que busca expressar uma “vida plena” (SCLIAR, 2007, p. 37).

Outrossim, as implicações que envolvem a religiosidade/espiritualidade no contexto da saúde, ou até mesmo no contexto da qualidade de vida, tem sido estudada com mais profundidade, dado o resultado de seus reconhecimentos, por ser um recurso que auxilia no enfrentamento de adversidades (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

Acrescentou-se a dimensão espiritual à saúde, tendo em vista que a religiosidade/espiritualidade influencia toda a vida, os valores, comportamentos, política, economia, cultura, educação, sendo todos refletidos de forma direta na noção de saúde (FAN, 2002).

Cabe ressaltar que não se pretende emitir uma noção aprofundada de religiosidade, que seja completa e final, mas busca-se construir um panorama dos termos dentro de uma percepção teológica e da área da saúde, para que se consiga compreender todo o aspecto inserido no tema.



## CONTEXTUALIZANDO A ESPIRITUALIDADE

Conforme Matos (1996, p. 13):

A espiritualidade tem sua essência anterior ao cristianismo, mesmo se entendida como uma confissão explícita da vivência de uma determinada fé, estruturada em uma série de ritos e orquestrada em um modo de vida concreto. Os pitagóricos, seis séculos antes de Cristo, e os vedas, os bramanistas, os hinduístas e os xintoístas, três mil anos antes de Cristo, já lidavam com a espiritualidade, apesar de não a intitularem dessa forma.

Fleck e e Skevington. (2013, p. 448) considera espiritualidade, religiosidade, religião e crenças pessoais como:

[...] a espiritualidade coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver não limitando-se a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como 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. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento.

Longuinere, Yarid e Silva (2017) definem a espiritualidade como sendo uma busca individual para a compreensão do sentido da vida, que faça cada pessoa entender, da sua maneira, a relação com o sagrado e todas as questões relacionadas com o fim da vida terrena, sendo ou não uma pessoa religiosa, uma vez que a religião se consagra por ser uma doutrina ou uma instituição, na qual o indivíduo acredita.

## A ESPIRITUALIDADE E A QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE CLÍNICO

Pode-se dizer que o encontro clínico é um momento exclusivo em que suas singularidades são expostas: profissional e pessoal. É durante uma consulta ou em uma avaliação que são expostas todas as queixas, problemas, angústias, sejam físicas, mentais, emocionais de cada paciente, para que se consiga chegar a um diagnóstico ou iniciar um protocolo de tratamento (FERNANDES, 2020).

É válido destacar que os conceitos religiosos/espirituais não são consensuais em relação à qualidade de vida supracitada. Neles, vê-se a religiosidade como uma crença na existência de um poder sobrenatural, seja relacionado a qualquer denominação, pois acredita-se em um criador e controlador do universo, que, por seu poder, deu ao homem uma natureza não só física, mas também espiritual, que continua a existir após a morte de seu corpo, sendo o espírito uma parte imaterial, intelectual ou moral do ser humano (PANZINI *et al.*, 2017).

Existe uma valorização da religiosidade/espiritualidade quando apresentada à assistência pessoal de pacientes e profissionais que compõem uma equipe de saúde, vislumbrando uma influência positiva em relação a tratamentos e à qualidade de vida dos pacientes (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

Sanchez *et al.* (2016, p. 7) aborda que:

O reconhecimento da importância da dimensão espiritual do paciente, no processo de enfrentamento da doença é um novo paradigma na assistência à saúde, inclusive, no cuidado ao paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estas unidades prestam atendimento especializado a pacientes graves, com risco iminente de morte, assegurando uma assistência de qualidade, humanizada e integral, que deve levar em consideração o ser humano nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Pesquisa de Ferris (2002), relacionando espiritualidade/ religiosidade e qualidade de vida, constatou que pertencer a instituições religiosas auxilia na relação da sociedade e, com isso, aumentam a qualidade de vida; a religião apresenta princípios que geram a possibilidade de despertar interesse das pessoas com disposição para a felicidade; a religião pode ser a explicação de um desígnio de vida que reflete em bem-estar.

Sendo a espiritualidade um elemento estruturante da experiência humana, ela está ligada intimamente à manutenção e ao fortalecimento da saúde física, mental e social, com benefícios diretos, como a redução do estresse, da ansiedade, da depressão e prognósticos não só psiquiátricos, mas nas diversas áreas do conhecimento científico e da medicina (FERNANDES, 2020).

Peres (2007, p. 8) afirma que:

A espiritualidade está relacionada ao sentimento de transcendência, elevação, sublimidade, atividade religiosa ou mística, já a religiosidade envolve a tendência natural para sentimentos religiosos e coisas sagradas. Ambas são fatores ímpares para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Elas têm influência na melhora da qualidade de vida, a ponto de reduzir a utilização dos serviços de saúde e contribuir para manutenção de um estilo de vida saudável dos indivíduos mais comprometidos.

As ameaças à integridade individual que acontecem ao longo da vida, ou até fatores que afetam o equilíbrio pessoal mudam o contexto no qual as pessoas estão inseridas e a incerteza é um dos fatores que mais proporcionam a perda do bem-estar, provocando uma baixa qualidade de vida. Com esses ciclos, separações, perdas, chegada de filhos, mudança de rotina, perdas de empregos e oportunidades, mudanças de cidade, doenças crônicas ou acidentes podem transformar a vida das pessoas e exigir delas respostas mais ou menos adaptativas a cada situação. Essas trajetórias fazem com que a expectativa

de vida seja diminuída e o medo da morte simbolize uma “pedra” no caminho (FERNANDES, 2020).

É nesse momento que a espiritualidade dá um novo sentido à vida, pois é quando se esgotam os recursos da medicina que as pessoas, de forma natural, buscam amparo e consolo em suas crenças e valores que guardam consigo. Sobre isso, Fernandes (2020, p. 1) discorre:

Nesse contexto, pacientes, famílias e profissionais são desafiados a acolher a finitude com humildade e preparar-se para um dos momentos mais difíceis da vida, a despedida, com dignidade. A espiritualidade e a religiosidade em pessoas com doenças graves e sob cuidados paliativos também estão associadas a melhor compreensão da finitude, aceitação da realidade e exercício da autonomia no viver, com qualidade, o tempo que for possível.

Frente a este desafio ou a estas situações conflituosas no dia a dia das pessoas e dos profissionais da área da saúde, a espiritualidade pode ser utilizada não somente para amenizar o sofrimento ou trazer esperança, mas como uma estratégia que proporcione o senso de propósito e o significado da existência (PANZINI *et al.*, 2017).

Peterman *et al.* (2002) encontraram fortes demonstrações de relação positiva entre qualidade de vida e bem-estar espiritual em populações diversas durante o desenvolvimento e validação do instrumento FACIT-Sp (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale*). Cella *et al.* (1999) encontraram resultados semelhantes em pesquisa com pacientes oncológicos, não importando o tipo de neoplasia. Também, em pacientes com diversos quadros de neoplasias ginecológicas foram demonstrados bons resultados entre os fatores qualidade de vida e conforto espiritual/religioso e existencial (GIOIELLA *et al.*, 1998).

Flanely e Inouye (2001) observaram que a qualidade de vida em pessoas HIV positivas encontrava-se inteiramente associada à fé



em alguma crença, religião praticante e quadro de saúde, que, com nível socioeconômico, aumentavam de forma positiva e significativa os escores de qualidade de vida.

Bahr e Harvey (1979) constataram que aqueles que se apresentam como mais religiosos relatam índice de qualidade de vida constante. Assiduidade religiosa, atuação em eventos sociais e ser integrante de alguma organização religiosa também demonstra efeito favorável nos níveis de qualidade de vida.

A qualidade da oração realizada e a maneira como ela é feita apresentam resultados no fator qualidade de vida do que a manutenção de uma rotina de oração em si (PALOMA; PENDLETON, 1989). Uma variável importante que tem surgido relacionada à qualidade de vida é o *coping* religioso/espiritual (CRE), que diz respeito ao emprego da crença, espiritualidade ou fé para enfrentar o estresse e os infortúnios cotidianos.

Pargament *et al.* (1998) observaram que em idosos internados com quadros graves de saúde, pessoas vítimas do bombardeio em Oklahoma e estudantes que sofreram situações negativas associadas ao estresse, a maior aplicação de CRE positivo não se relacionou com qualidade de vida nem depressão.

Porém, maior aplicação do CRE negativo está associada de forma moderada aos índices piores de qualidade de vida e maiores de depressão. Sendo assim, os autores asseveram que a religião/espiritualidade pode ser positiva ou negativa, a depender da maneira com que o indivíduo a encara, ou seja, se aplica estratégias de CRE favoráveis ou desfavoráveis (PARGAMENT *et al.*, 2001).

O CRE positivo se relaciona com benefícios à saúde e o CRE negativo faz uma previsão retrospectiva de agravo na saúde: desfechos espirituais restritos, declínio no status funcional em atividades cotidianas, aumento da depressão e diminuição da qualidade de vida

(PARGAMENT *et al.*, 2001). Dessa forma, os autores compreenderam que pacientes em constante questionamento a respeito de questões espirituais podem se deparar com risco em relação a algum comprometimento de saúde, pela aplicação de CRE negativo.

Fan *et al.* (2002) realizaram estudo sobre a aplicação de instrumentos de qualidade de vida objetivando a previsão de hospitalização e morte em indivíduos com quadro de patologias pulmonares. Os autores constataram que a qualidade de vida baixa seria um forte condicionante à hospitalização e demais fatores que resultam em morte, apontando ainda que instrumentos de QV que podem ser aplicados basicamente são suficientes para encontrar pacientes com quadros propícios a obterem bons resultados por meio de meras intervenções preventivas.

Importante dizer que, se tais instrumentos fossem graduados e/ou aplicados em meio a uma perspectiva transcultural, teriam maior viabilidade nas comparações entre grupos sociais diferentes, tanto culturalmente quanto em condições e cenários de atendimento à saúde, possibilitando a orientação para políticas públicas no combate às doenças (SKEVINGTON, 2002).

Noutro prisma, a abordagem do profissional para com o paciente em relação à espiritualidade faz toda diferença. Saber abordar, adentrar o assunto e ganhar a confiança são pontos chave para uma boa percepção do bem-estar e da posterior qualidade de vida.

Segundo Fernandes (2020, p. 1):

A abordagem da espiritualidade pelo médico pode fortalecer o vínculo e a sensação de conexão do paciente, uma vez que ele entende que essa parte de sua vida também é importante para o profissional. Confiança, sensação de atenção às necessidades e valorização das prioridades são melhoradas na relação. As necessidades espirituais do paciente podem, inclusive, estimular o médico a olhar para si, voltando-se ao autoconhecimento e elaborando suas próprias questões.

A dimensão espiritual dos profissionais de saúde e a sua influência no cuidado são aspectos que sempre deverão estar em estudo, por configurar uma pauta maior que apenas um quantitativo ou algo palpável, mas que tem de ser explorada em abundância, uma vez que pode impactar na assistência prestada à medida que esta traz bem-estar físico e melhora o relacionamento interpessoal, bem como a qualidade de vida dos pacientes (LUCCHETTI, 2011).

Sendo assim, entende-se que a espiritualidade e a religiosidade podem facilitar o desenvolvimento de intervenções em saúde, proporcionando ao profissional e ao paciente uma melhor qualidade de vida e uma alternativa para a satisfação do envolvimento entre ambos, quando a medicina não puder mais ser fonte de atendimento.

Desvela-se, portanto, a necessidade de compreender o papel significativo que a espiritualidade tem no suporte para o enfrentamento das situações de incertezas e de grandes mudanças na vida dos profissionais da área da saúde e de pacientes cuidados por eles.

As práticas de espiritualidade atuam como promotoras da qualidade de vida dos profissionais que estão na linha de frente dos serviços de saúde, os quais estão diariamente expostos a todos os perigos e provações, tendo que lidar com o medo das possíveis consequências que possam surgir.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora ainda exista uma determinada resistência do ser humano frente ao binômio conceitos científicos da saúde e espiritualidade, é notório que a religião, fé e espiritualidade têm impactado de forma significativa na qualidade de vida das pessoas.

O campo da qualidade de vida engloba e ultrapassa o campo da saúde, trazendo com ela todas as questões religiosas e espirituais, sendo um facilitador no processo das intervenções em saúde.

A espiritualidade não só humaniza e fortalece os pacientes, como também os profissionais da área da saúde. Estes, ao auxiliar no direcionamento do paciente, seja na comunicação e aproximação do humano profissional com o humano paciente; aqueles, na amenização do sofrimento mental e no impulso positivo frente aos diagnósticos e tratamentos a serem encarados, colaborando com a relação de ambos.

Profissional e paciente são pessoas que, em sua caminhada, trazem toda sua história de vida, o seu todo. E assim, mais uma vez a importância da espiritualidade como um bom condutor, pois ela, de certa forma, existe de maneira holística em cada vida.

## REFERÊNCIAS

BAHR, H. M.; HARVEY, C. D. Widowhood and perceptions of change in quality of life: evidence from the Sunshine Mine Widows. **Journal of Comparative Family Studies**, v. 10, n. 1, p. 411-428, 1979.

CELLA, D. *et al.* Case for including spirituality in quality-of-life measurement in oncology. **Psycho-oncology**, v. 8, n. 3, p. 417-428, 1999.

FAN, V. S. *et al.* Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with Obstructive Lung Diseases. **Chest**, v. 122, n. 2, p. 429-436, 2002.

FERNANDES, A. **Como a espiritualidade pode influenciar a saúde das pessoas?** 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/como-a-espiritualidade-pode-influenciar-a-saude-das-pessoas/>. Acesso em: 24 out. 2021.

FERRISS, A. L. Religion and the quality of life. **Journal of Happiness Studies**, v. 3, n. 3, p. 199-215, 2002.

FLANNELLY, L.; INOUE, J. Relationships of religion, health status and socioeconomic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 22, n. 3, p. 253-272, 2001.



FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Ponto de Vista**, v. 34, Supl 1, p. 146-149, 2013.

GIOIELLA, M. E. *et al.* Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. **Cancer Practice**, v. 6, n. 6, p. 333-338, 1998.

LONGUINIÈRE, A. C. F. L.; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, Supl 6, p. 2510-2517, 2017.

LUCCHETTI, G. *et al.* Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 43, n. 4, p. 316-322, 2011.

MATOS, H. C. J. **Curso de Espiritualidade Cristã para leigos**. Belo Horizonte: O Lutador, 1996.

PALOMA, M. M.; PENDLETON, B. F. - Exploring types of prayer and quality of life: a research note. **Review of Religious Research**, v. 31, p. 46-53, 1989.

PANZINI, R. G. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, p. 105-115, 2017.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Archival of International Medicine**, v. 13, n. 27, p. 1881-1885, 2001.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n. 4, p. 710-724, 1998.

PERES, M. F. P *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, p. 82-87, 2007.

PETERMAN, A. H. *et al.* Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). **Annals of Behavioral Medicine**, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2002.

SÁNCHEZ, M. D. *et al.* How professionals perceive spiritual care in palliative care teams in Spain. **Medicina Paliativa**, v. 2, p. 63-71, 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. **Quality of Life research**, v. 11, n. 1, p. 135-144, 2002.

## Sobre os organizadores

### **Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos**

Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense-UENF (2020) e Mestrado Técnico em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva Multiprofissional (2014) . Graduada em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá - UNESA (2007) - Campos dos Goytacazes-RJ. Pós- Graduada em: Psicologia Hospitalar e da Saúde- Faculdade Única de Ipatinga-FUNIP-(2019), Terapia Cognitivo Comportamental - Faculdade Venda Nova do Imigrante (2019), Neurociências-UNIG (2021) , Saúde coletiva-ISECENSA (2008), Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar- Faculdade de Medicina de Campos-(2010)-Campos dos Goytacazes, Psicopedagogia Clínica-UNIVERSO (2008) e Pós graduanda em Ciências da Religião-Faculdade Venda Nova do Imigrante. Psicóloga Hospitalar -Hospital São Vicente de Paulo e Docente de nível superior da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC - Bom Jesus do Itabapoana - RJ.

*E-mail: mlourdes.psi2@gmail.com*

### **Alcemar Antonio Lopes de Matos**

Alcemar Antonio Lopes de Matos- Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense UENF-(2020) e Mestrado Técnico em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (2014). Graduado em Medicina pela Universidade Iguazu Campus V Itaperuna-RJ (2005). Pós-graduado em: Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar pela Faculdade de Medicina de Campos -FMC-(2010), Cardiologia pelo Instituto Educacional de Castro-INEC (2014), Em Clínica Médica a nível de Especialização, pelo Instituto Educacional de Castro-INEC-2017, em Pediatria em nível de Especialização-F-G-Faculdade Global (2021) . Médico e Membro Titular da Comissão Municipal de Coordenação e Controle para o enfrentamento da COVID-19 da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus do Itabapoana-RJ,(2021). Docente de nível superior da Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail:alcimamatos@hotmail.com*

### **Antonio Neres Norberg**

Graduado em Medicina pelo Fundação Educacional Serra dos Órgãos (1978) e Medicina Veterinária pela Universidade Federal Fluminense - UFF (1973). Médico infectologista. Doutor em Doenças Parasitárias pela UFRRJ (1992).

Pesquisador associado ao Instituto de Biologia do Exército (IBEx). Coordenador de Medicina e docente da Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-BJI-RJ. Coordenador e docente dos cursos de mestrado e doutorado em Ciências Biológicas com ênfase em Doenças Parasitárias da Universidad Autónoma de Asunción, Paraguai. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar. Membro Pleno da International Society for Development and Sustainability (ISDS), Japão.

*E-mail:antonionorberg@gmail.com*

### **Bianca Magnelli Mangiavacchi**

Possui Graduação em Ciências Biológicas pela UENF (2006), Complementação pedagógica em Biologia pelo IFES (2016), Licenciatura em Pedagogia pela UNOPAR (2020), Especialização em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela FAMESC (2018) e Metodologias Ativas para o Ensino de Saúde pela UNOPAR (2022). Mestrado e Doutorado em Biociências e Biotecnologia pela UENF (2009/2016). É Tecnóloga em Gestão Hospitalar pela FAMESC (2022). Mediadora presencial da Fundação CECIERJ. É avaliadora institucional do INEP desde 2018. Coordenadora do Ciclo Básico do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC/BJI, RJ.

*E-mail: bmagnelli@gmail.com*

## Sobre os autores e as autoras

### **Alcemar Antônio Lopes de Matos**

Alcemar Antonio Lopes de Matos- Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense UENF-(2020) e Mestrado Técnico em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (2014). Graduado em Medicina pela Universidade Iguazu Campus V Itaperuna-RJ (2005). Pós-graduado em: Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar pela Faculdade de Medicina de Campos -FMC-(2010), Cardiologia pelo Instituto Educacional de Castro-INEC (2014), Em Clínica Médica a nível de Especialização, pelo Instituto Educacional de Cstro-INEC-2017, em Pediatria em nível de Especialização-FG-Faculdade Global (2021) . Médico e Membro Titular da Comissão Municipal de Coordenação e Controle para o enfrentamento da COVID-19 da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus do Itabapoana-RJ,(2021). Docente de nível superior da Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail:alcimamatos@hotmail.com*

### **Alvarino da Silva Oliveira**

Graduado em Bacharel em Farmácia pela Universidade Nova Iguaçu (2006). Mestre em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional, pela Universidade Candido Mendes – UCAM (2021). Pós-graduado em Farmácia Clínica com Ênfase em Prescrição Farmacêutica pela Universidade Nova Iguaçu - UNIG (2019) e em Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Candido Mendes – UCAM (2019). Graduando do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos –FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail :alvarinofarmacia55@hotmail.com*

### **Alexander Ribeiro Rangel Junior**

Graduando do curso de medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: ribeiro.alexanderdr@gmail.com*

### **Ana Beatriz de Azevedo Dutra**

Graduanda do curso de medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: anabeatrizdutra\_@hotmail.com*



#### **Ana Cristina Barcelos Oliveira**

Graduada em Nutrição pela Universidade Salgado de Oliveira (2007), Pós-graduada em Nutrição e exercícios no tratamento e prevenção de doenças, pela Universidade Estácio de Sá (2018); Especialização em Nutrição e estética, pela Visão Nutricional (2016), pós-graduada em Nutrição Clínica, pela Faculdade Dom Alberto. Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: anabarc.nutri@gmail.com*

#### **Ana Luiza Barcelos Ribeiro**

Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Mestrado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2019). Especializações em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Docência e Gestão do Ensino a Distância, Transtorno do Espectro Autista, Gestão Escolar Integradora e Ensino Religioso. Graduação em psicologia - Institutos Superiores de Ensino Nossa Senhora Auxiliadora (2012), graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2012). Graduada do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: analuizabarcelos32@yahoo.com.br*

#### **Antônio Neres Norberg**

Graduado em Medicina pelo Fundação Educacional Serra dos Órgãos (1978) e Medicina Veterinária pela Universidade Federal Fluminense - UFF (1973). Médico infectologista. Doutor em Doenças Parasitárias pela UFRRJ (1992). Pesquisador associado ao Instituto de Biologia do Exército (IBEx). Coordenador de Medicina e docente da Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-BJI-RJ. Coordenador e docente dos cursos de mestrado e doutorado em Ciências Biológicas com ênfase em Doenças Parasitárias da Universidad Autónoma de Asunción, Paraguai. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar. Membro Pleno da International Society for Development and Sustainability (ISDS), Japão.

#### **Bianca Magnelli Mangiavacchi**

Possui Graduação em Ciências Biológicas pela UENF (2006), Complementação pedagógica em Biologia pelo IFES (2016), Licenciatura em Pedagogia pela UNOPAR (2020), Especialização em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela FAMESC (2018) e Metodologias Ativas para o Ensino de Saúde pela UNOPAR (2022). Mestrado e Doutorado em Biociências e Biotecnologia

pela UENF (2009/2016). É Tecnóloga em Gestão Hospitalar pela FAMESC (2022). Mediadora presencial da Fundação CECIERJ. É avaliadora institucional do INEP desde 2018. Coordenadora do Ciclo Básico do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC/BJI, RJ.

*E-mail: bmagnelli@gmail.com*

#### **Bruna Moreno Brum Torres**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá, Campos dos Goytacazes, especialista em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Federal do Espírito Santo, Especialista em Atenção Primária à Saúde pelo Centro Universitário São Camilo, Especialista em Regulação, Controle e Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde pela FAESA. Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail :brunamorenobt@gmail.com*

#### **Bruna Queiroz de Oliveira**

Farmacêutica pela Universidade Estácio de Sá - UNESA, Campos dos Goytacazes. Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: bruna.queirozz@outlook.com*

#### **Carlos Eduardo Brizola Theodoro**

Graduado em medicina Veterinária pela Universidade de Sorocaba-UNISO. Graduando do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC- Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: carlos.210195@gmail.com*

#### **Diogo Fernandes Ignácio**

Graduado em Engenharia de Petróleo e Gás pela UNES. Graduado em Direito pela Multivix. Pós Graduado em Gestão de Segurança Pública pela Faculdade de Ciências Educação do Espírito Santo. Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail:med.diogofernandes@gmail.com*

#### **Diórgines de Souza Fagundes-**

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Multivix (2009); Pós graduado Lato Sensu em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família pela Faculdade

Vale do Cricaré (2018), Graduando do curso de medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC - Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: fagundesdiorgines@gmail.com*

#### **Elis da Silva Machado**

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá – UNESA, Campos dos Goytacazes; Pós Graduada em Fisioterapia Intensiva adulto pelo ISECENSA, Campos dos Goytacazes; Pós Graduada em Fisioterapia Intensiva pediátrica e Neonatal pela Interfisio/RJ Acadêmica do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC- Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: lissmachado@hotmail.com*

#### **Erika Costa Barreto Monteiro de Barros**

Doutora e mestre em Cognição e Linguagem pela UENF, graduada é licenciada em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá-UNESA. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental-ISECENSA, Neurociências -Dom Alberto, Neuropsicologia - IESLA, Mediadora e Conciliadora de Conflitos, IMARJ. Coordenadora do Curso de Pós Graduação lato sensu em Terapia Cognitivo Comportamental na FABERJ. Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos-FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: erikacostabarreto@yahoo.com.br*

#### **Fabio Vargas dos Santos**

Graduado em Farmácia pela Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO; Acadêmico do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: fvargas560@gmail.com*

#### **Felipe Tavares Souza**

Graduação em Enfermagem pela Associação Brasileira de Ensino Universitário; Pós graduado em Saúde da família e comunidade - Unyleya. Acadêmico do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: ttavares.felipeucp@gmail.com*

#### **Fernanda de Souza Coelho**

Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: fernandacoelho.89@gmail.com*

**Gabriel Farias da Silva**

Graduado em Engenharia Civil pela UNIREDETOR; Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: gabrielfariasds@outlook.com*

**Gabriela Vasconcelos Ferreira**

Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail:gabriela.vasconcelos31@outlook.com*

**Giselly Figueiredo de O. Borges**

Graduada em Farmácia pela Universidade Iguazú – UNIG; MBA em Farmácia Clínica; Esp. em Gestão e Práticas Pedagógicas; Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC - Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: gyfigueiredo@hotmail.com*

**Gilherme Nazário Ribeiro**

Graduando do Curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: ribeironazario@gmail.com*

**Hans Bossan Cotrim**

Graduado em Enfermagem (2014) e Educação Física (2001)- Universidade Salgado de Oliveira (2014); Pós-graduado em Auditoria em Sistema de Saúde (2015) e Aeromédico (2021) pela UNIVERSO- Acadêmico do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: hansbossan@gmail.com*

**Jonathan Machado do Couto**

Graduado em Arquitetura, Urbanista e Paisagista pelo ISECENSA, Campos dos Goytacazes – RJ. Especialista em Desing de Interiores pela Estácio São Paulo. Acadêmico do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC- Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: jcouto.med@gmail.com*



#### **Júlia Motta de Souza**

Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC- Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: juliamotta.s@hotmail.com*

#### **Karla Bernardo Batista**

Graduada em Enfermagem pela UFF (2017) - Niterói. Residência em Enfermagem Obstétrica UFF (2021). Acadêmica do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: karlinhabji@gmail.com*

#### **Karen Sayuri Louvain de Azevedo**

Graduada em Fisioterapia, pela Universidade Iguazu (UNIG), pós-graduanda em terapia intensiva em pediatria e neonatologia, pela Interfísio; Pós-graduanda em Transtorno do Espectro Autista, pela CBI of MIAMI; Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: dra.karensayuri@gmail.com*

#### **Karina de Souza Binicá**

Graduada em Farmácia (2008) pela UNIGRANRIO, Universidade do Grande Rio, Campus - Duque de Caxias, RJ. Habilitação em Bioquímica (2003), pela UFES- Universidade Federal do Espírito Santo. Especialização em Fitoterapia em (2002) pela FACIS – Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo. Especializando em Farmácia Hospitalar pela FAVENI – Faculdade Venda Nova do Imigrante. Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: karinabinica@hotmail.com.br*

#### **Lanah Francine Moraes Guedes**

Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: lanah\_francine@hotmail.com*

#### **Laryssa Coutinho de Andrade Farolfi Ribeiro**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC- Bom Jesus do Itabapoana – RJ. Pós graduada em Urgência e Emergência pela Faculdade Venda Nova do Imigrante – FAVENI- Venda Nova do

Imigrante – ES. Pós graduanda em UTI pela Faculdade Venda Nova do Imigrante – FAVENI- Venda Nova do Imigrante – ES. Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC- Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: farolfilary4@gmail.com*

#### **Laura Alvarenga Siqueira de Souza**

Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: alvarengalaura5@gmail.com*

#### **Lenira Pelloso Leite**

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense. Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal Fluminense – UFF, especialista em Saúde Coletiva, Emergências médicas em odontologia e pacientes com Necessidades Especiais pela Faculdade UniBF. Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: lenirapeloso@gmail.com*

#### **Leverson Ferreira Chaves**

Graduado em Fisioterapia pela UNESA. Graduado em Ciências Biológicas pela UFRJ. Pós-graduado em Saúde Pública e Meio Ambiente pela Universidade Cândido Mendes. Mestre em Ecologia e recursos Naturais pela UENF. Graduando do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: leversonchaves@yahoo.com.br*

#### **Lívia Rezende Machado**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu. Pós-graduada em enfermagem do trabalho pela Universidade Nova Iguazu - Pós-assistência integrada à saúde com ênfase em PSF universidade são Camilo. Graduanda do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos-FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail :liviarmachado@yahoo.com.br*

#### **Luciana Valentim de Souza**

Graduanda em Enfermagem pela UNIG (2009)-, Universidade Nova Iguazu. Pós-graduada em Centro cirúrgico pela Faveni Faculdade Venda Nova do Imigrante (2010). Curso de CCIH Centro de Controle de Infecção Hospitalar

pelo Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (2014). Curso de capacitação pelo SEBRAE aprender a empreender em (2006) . Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos-FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: luvalentimentf@gmail.com*

#### **Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos**

Mestre em Cognição e Linguagem pela UENF (2020) e Mestrado Técnico em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva Multiprofissional (2014) , Graduada em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá - UNESA (2007)- Campos dos Goytacazes-RJ. Pós- Graduada em: Psicologia Hospitalar e da Saúde- Faculdade Única de Ipatinga-FUNIP-(2019), Terapia Cognitivo Comportamental - Faculdade Venda Nova do Imigrante (2019), Neurociências-UNIG (2021) , Saúde coletiva-ISECENSA (2008), Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar- Faculdade de Medicina de Campos-(2010)-Campos dos Goytacazes, Psicopedagogia Clínica-UNIVERSO (2008). Pós- graduanda em Ciências da Religião-Faculdade Venda Nova do Imigrante. Psicóloga Hospitalar -Hospital São Vicente de Paulo; Docente de nível superior na Faculdade Metropolitana São Carlos-FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana -RJ.

*E-mail: mlourdes.psi2@gmail.com*

#### **Nayara Silva Borges Faneli**

Graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo, no Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES/UFES). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: nayarasfaneli07@gmail.com*

#### **Rafela Cristina Vieira**

Graduada em Farmácia pela Universidade Iguazu-Campus V Itaperuna-RJ- Pós graduada em em análises clínicas pela UNIRENTOR .Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC.-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: faelacvieira@gmail.com*

#### **Raquel de Souza Gonçalves**

Graduada em Direito, pela Universidade Iguazu (2012). Advogada, Pós Graduada em Direito Previdenciário pela Faculdade Damásio de Jesus. Graduan-

da do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMES-  
C-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: raquelsouza.goncalves1989@gmail.com*

#### **Rayanna Bittencourt Zaina**

Graduanda do curso de medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos –  
FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana.

*E-mail: rayannabittencourt03@gmail.com*

#### **Rayssa Bittencourt Zaina**

Graduada em Biomedicina pela Fundação Educacional de Fernandópolis –  
FEF (2018). Graduanda do curso de medicina na Faculdade Metropolitana  
São Carlos – FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: rayzaina@icloud.com*

#### **Roberta da Silva Nascimento**

Graduada em Enfermagem, pela Universidade Nova Iguaçu (2005). Mestre  
em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense  
Darcy Ribeiro -UENF (2019). Pós-graduada em Saúde da Família pela Uni-  
versidade Estadual do Rio de Janeiro (2012) e em Saúde da Pessoa Idosa  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2015). Graduanda do curso  
de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-Bom Jesus  
do Itabapoana-RJ.

*E-mail : robertasnascimento14@gmail.com*

#### **Samira Castilholi Tiradentes Chaves**

Graduada em Engenharia Civil pela UNIRENTOR- Itaperuna – RJ. Graduan-  
da do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC-  
Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: samiratiradentes@hotmail.com*

#### **Samira Vitória Menezes Seródio**

Graduada em Enfermagem -Faculdade São Camilo de Lelis – Cachoeiro de  
Itapemirim-ES. Especialização em Enfermagem em Cuidados Intensivos com  
ênfase em clientes Adulto/Idoso – Universidade Federal Fluminense – Niterói  
– RJ (2005). Curso de Capacitação em Estratégias de Saúde da Família (ESF)  
pela Escola de Serviço Público do Espírito Santo (2006). Especialização em  
Atenção Primária à Saúde pelo Centro Universitário São Camilo- ES (2010).



Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail: vitoriosamira@gmail.com*

#### **Samuel Ribeiro Martins**

Doutorando em Saúde Pública pela UCES - Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales - Argentina- Mestrando em Desenvolvimento Regional e Gestão da Cidade na UCAM - Universidade Cândido Mendes. Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde - MBA em Saúde; MBA em Humanização no Trabalho para Equipes de Saúde; Saúde Pública; Em gestão, Governança e Tecnologia em saúde; Vigilância Sanitária; Auditoria em Saúde, Biossegurança em serviço de Saúde. Bacharel em Administração de Empresas (2021), Superior em Gestão de Recursos Humanos (2021), Superior em Gestão Ambiental (2007), Licenciatura em História(2013), Licenciatura em Geografia (2013) e Licenciatura em Ciências Biológicas (2013).Graduando do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos -FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail:samuelmartinseduca@gmail.com*

#### **Tamillis Figueiredo de Oliveira**

Graduada em farmácia pela Universidade federal de Rio do Janeiro; Mestre em Produtos Bioativos e Biociências pela Universidade federal do Rio de Janeiro. Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ-

*E-mail: tamillisfoliveira@gmail.com*

#### **Vinicius de Deus Lemos**

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Iguazu (2001), pós- graduado em Acupuntura-Faculdade de Ciências de São Paulo, e Terapia Intensiva- Universidade Iguazu; Graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim (2017), pós graduado em direito Penal. Graduando do curso de medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos-FAMESC-Bom Jesus do Itabapoana-RJ.

*E-mail viniciusdlemos@hotmail.com*

[www.pimentacultural.com](http://www.pimentacultural.com)

# ESPIRITUALIDADE, MEDICINA E SAÚDE

