

Editorial

Espiritualidade e saúde: possíveis repercussões para a Teologia e as Ciências da Religião

Roberto Pereira Miguel *

Acho que nunca passei um minuto do dia me perguntando por que eu realizei este trabalho, ou se valeu à pena. O chamado para proteger a vida – e não apenas a vida, mas a identidade de outra pessoa; talvez não seja demais dizer a alma de outra pessoa – era óbvio em sua sacralidade. Antes de operar o cérebro de um paciente, eu entendi que eu primeiro preciso conhecer a sua mente: sua identidade, seus valores, o que faz a sua vida valer à pena, e que tipo de devastação é razoável para deixar aquela vida terminar¹. (KALANITHI, 2016, p. 97-98).

As palavras acima escritas pelo neurocirurgião Paul Kalanithi, morto aos 37 anos de idade em decorrência de um câncer de pulmão, apontam para o importante diálogo que tem se aprofundado ao longo das últimas décadas entre a saúde e a espiritualidade, o qual pode ser entendido como parte essencial da resposta ao fenômeno que se convencionou chamar pelo nome de ‘desumanização da saúde’.

Enquanto, por um lado, celebramos as importantes conquistas possibilitadas pelo avanço tecnológico-científico que impactaram positivamente a saúde e o bem-estar das pessoas, por outro lado, lamentamos as perdas decorrentes de um modelo de medicina hiperespecializado, reducionista e focado na doença – o modelo biomédico – que acabou perdendo de vista o paciente como ser humano, como notou Fritjof Capra em seu livro *O Ponto de Mutação*.

* Doctorado en Salud Colectiva por la UNIFESP. Capellán en Moffitt Cancer Center, FL-USA. País de origen: Brasil.
Correo electrónico: robertomiguel922@gmail.com

¹ I don't think I ever spent a minute of any day wondering why I did this work, or whether it was worth it. The call to protect life – and not merely life but another's identity; it is perhaps not too much to say another's soul – was obvious in its sacredness. Before operating on a patient's brain, I realized, I must first understand his mind: his identity, his values, what makes his life worth living; and what devastation makes it reasonable to let that life end.

Se desenvolvemos inúmeros recursos que tornaram possível a visualização do interior do corpo humano com riqueza de detalhes, como tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas e ultrassons, abrimos mão, ao mesmo tempo, da nossa capacidade inata de conhecer a subjetividade, o universo interior e a espiritualidade das pessoas por conta do desprezo de nosso principal recurso para tal finalidade: a escuta.

Diferentemente do estetoscópio que dá ao profissional da saúde condições de ouvir as batidas do coração, a escuta é o instrumento que nos permite conhecer as razões pelas quais o coração bate, aquilo o que faz a vida valer à pena, como disse o médico Paul Kalanithi.

Existem razões históricas, filosóficas, econômicas e educacionais – entre outras – que ajudam a explicar o fenômeno da desumanização da saúde e a prevalência do modelo biomédico no mundo ocidental. Entretanto, não são tais razões o objeto deste breve texto, cujo foco é refletir sobre possíveis repercussões no meio teológico e das ciências da religião decorrentes da redescoberta da espiritualidade como um elemento essencial dos cuidados em saúde e da medicina, disciplina que foi definida por Edmund Pellegrino como “a mais humana das ciências, e a mais científica das humanidades” (PELLEGRINO, 2008, p. 309).

Os atuais agentes envolvidos no diálogo entre as humanidades e as ciências não desconsideram a necessidade da busca pelo estabelecimento de um léxico comum, sobretudo quando tratam de refletir sobre conceitos polissêmicos e passíveis de interpretações diversas. Tal é o caso da palavra ‘espiritualidade’, que no mundo da saúde, em nível global, foi consensualmente definido como sendo

um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade através do qual as pessoas buscam o significado último, propósito, e transcendência, e experimentam a relação com o eu, a família, os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado. A espiritualidade se expressa por meio de crenças, valores, tradições e práticas. (PUCHALSKI *et al.*, 2014, p. 646).

Receber o diagnóstico de uma doença grave que ameaça a continuidade da vida pode transtornar significativamente o sentido de vida de uma pessoa,

prejudicando igualmente a sua capacidade de conexão consigo mesma, com os outros, com o mundo ou com um ser superior. Quando isso acontece, a luta ou a angústia espiritual é experimentada.

Se essa dimensão do sofrimento não é percebida e identificada, isso não quer dizer que ela não esteja presente, visto que a maioria dos pacientes hospitalizados, em diferentes contextos clínicos, enfrentam luta espiritual e manifestam necessidades espirituais (MARIN *et al.*, 2015), que podem ser expressas por meio de perguntas ou afirmações do tipo: “Por que isso está acontecendo?”, “Me sinto abandonada!”, “É um castigo de Deus?”, “Posso optar pela interrupção do tratamento médico ou somente Deus é quem pode dizer qual é a minha hora?”, “Não verei os meus filhos se formando e se casando.”, “Estou preocupada sobre como o meu marido vai lidar com a minha perda” ou “Não me reconheço mais neste corpo”.

Perceber, identificar e cuidar da dor espiritual são atribuições de todos os profissionais da saúde, que no caso da assistência espiritual são normalmente identificados como ‘generalistas’ (enfermeiras, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) e ‘especialistas’ (capelães), sendo responsabilidade destes últimos a realização de uma avaliação mais aprofundada e extensiva do sofrimento espiritual, bem como a elaboração de um plano de ação com os resultados esperados, o qual deve ser compartilhado com os demais integrantes da equipe multidisciplinar (*The Impact of Professional Spiritual Care*, 2018).

Diferentemente daquilo que acontece no Brasil, onde a capelania ainda não é uma profissão reconhecida no mundo da saúde, nos Estados Unidos os especialistas em assistência espiritual certificados pelas principais associações do país devem passar por um extenso processo de formação que compreende o bacharelado em Teologia, Mestrado em Divindade ou alguma área correlata como Ciências da Religião, e o mínimo de 1600 horas de Educação Clínica Pastoral (*Clinical Pastoral Education*, em inglês) – cursos oferecidos em ambiente hospitalar nos moldes de uma residência médica, com atuação supervisionada dos alunos junto aos pacientes.

Um dos principais pioneiros do movimento de Educação Clínica Pastoral nos Estados Unidos foi Anton Boisen, um homem criado numa família presbiteriana bem conservadora que teve algumas experiências que ele chamou de ‘quase psicose’, tendo sido internado numa clínica psiquiátrica pela primeira vez com pouco mais de 40 anos. Durante os quase 15 meses que esteve hospitalizado, Anton Boisen teve o que ele considerou como sendo o seu chamado religioso para fazer a integração entre a saúde e a religião. Como paciente, Boisen percebeu que as necessidades religiosas e espirituais suas e dos outros pacientes internados não eram cuidadas, nem tampouco levadas a sério.

Influenciado pelas teorias de William James, e a sua obra clássica sobre as *Variiedades da Experiência Religiosa*, Boisen concluiu que muitos transtornos psiquiátricos têm razões religiosas e espirituais, sendo fundamental, portanto, integrar a espiritualidade e a religião no cuidado desses pacientes, derrubando a parede que separa a espiritualidade e a religião da medicina.

Para Boisen, os períodos de crise na vida têm possibilidades criativas. Ele disse que ‘em tempos de crise, quando o destino de uma pessoa está em jogo, é provável que sintamos e pensemos intensamente sobre as coisas que mais importam’. Segundo Boisen, os períodos de crise da vida trazem consigo possibilidades criativas, que podem produzir mudanças para melhor ou para pior (LEAS; THOMAS, p. 1).

A reflexão nascida no meio da Teologia e das Ciências da Religião tem muito a oferecer nesse sentido, sendo o momento bastante apropriado para isso. É entusiasmante e promissor perceber que o mundo da saúde está receptivo não apenas aos pesquisadores dessas áreas, mas também a quem deseja fazer da sua vocação pastoral junto aos doentes também a sua profissão. O campo está em desenvolvimento e cada um de nós é convidado a descobrir como pode contribuir com as mudanças para melhor das quais falou Anton Boisen.

REFERÊNCIAS

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

KALANITHI, Paul. **When Breath Becomes Air**. New York: Random House, 2016.

KING, Stephen. **Trust the process**: A history of Clinical Pastoral Education as Theological Education. Lanham, University Press of America, 2007.

LEAS, Robert; THOMAS, John. **ACPE – Association for Clinical Pastoral Education: A Brief History**. Disponível em: https://acpe.edu/docs/default-source/acpe-history/acpe-brief-history.pdf?sfvrsn=a9e02b71_2. Acesso em: 12 dez. 2021.

MARIN, D. B. *et al.* Relationship between chaplain visits and patient satisfaction. **Journal of Health Care Chaplaincy**, v. 21, n. 1, p. 14–24, 2015.

PELLEGRINO, Edmund. **The Philosophy of Medicine Reborn**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008.

PUCHALSKI, C. *et al.* Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 6, p. 642-656, 2014.

THE IMPACT OF PROFESSIONAL SPIRITUAL CARE. A Joint Publication of the: Association of Clinical Pastoral Education (ACPE); Association of Professional Chaplains; Canadian Association for Spiritual Care; National Association of Catholic Chaplains; Association of Jewish Chaplains, 2018. Disponível em: https://www.professionalchaplains.org/Files/resources/The%20Impact%20of%20Professional%20Spiritual%20Care_PDF.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.