



## O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual – Uma Abordagem Holística de Cuidado ao Paciente

The Interdisciplinary Spiritual Care Model –  
A holistic Approach to Patient Care

René Hefti\*

Mary Rute Gomes Esperandio\*\*

### Resumo

Nas duas últimas décadas, os estudos sobre a relação entre espiritualidade e saúde tem crescido significativamente no cenário internacional. No Brasil, as pesquisas nesse campo ganharam maior visibilidade a partir de 2009, sobretudo nas Ciências da Saúde, onde começou a aparecer o termo “cuidado espiritual”. Na Teologia, estudos sobre cuidado espiritual dentro do contexto da saúde são escassos. Este artigo pretende contribuir com a ampliação desta reflexão. Primeiramente, o cuidado espiritual é abordado a partir da produção científica em língua portuguesa. Em seguida, o modelo interdisciplinar de cuidado espiritual é apresentado como uma abordagem holística de cuidado ao paciente e também são delineadas as consequências da aplicação de um modelo de cuidado espiritual. Discute-se ainda, o papel novo e recém definido dos capelães hospitalares, conselheiros pastorais e cuidadores espirituais. O texto conclui mencionando os principais desafios que acompanham o cuidado espiritual interdisciplinar, especialmente aqueles que dizem respeito ao treinamento dos profissionais do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** espiritualidade; profissionais da saúde, cuidado espiritual, interdisciplinaridade; capelão hospitalar

### Abstract

In the last two decades, studies on the relationship between spirituality and health have grown significantly in the International literature. In Brazil, the debate on this subject has reached greater visibility since 2009, mainly in the health sciences, with the appearance of the term "spiritual care". In theology, studies on spiritual care in the health care context are still scarce. This paper aims to contribute to the broadening of this reflection. Firstly, spiritual care is approached from scientific publications in Portuguese language. Second, the interdisciplinary spiritual care model is presented as a holistic approach to patient care and consequences of applying a spiritual care model are outlined. The newly defined role of the hospital chaplains, pastoral counselors and spiritual caregivers is also discussed. As a conclusion, the paper mentions the main challenges going along with interdisciplinary spiritual care, especially those concerning the training of health care professionals.

**Keywords:** spirituality; health care professionals; spiritual care; interdisciplinary; hospital chaplain

---

Artigo recebido em 15 de novembro de 2015 e aprovado em 15 de março de 2016.

\* Doutor em Medicina. Estágio pós-doutoral em Religião, Espiritualidade e Saúde (Duke University, Medical Center, Durhan/NC), Professor de Medicina Psicossocial na University of Bern, na Suíça. Diretor do Instituto de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (Research Institute for Spirituality and Health RISH), na Suíça. País de Origem: Suíça. E-mail: rene.hefti@rish.ch

\*\* Psicóloga (CRP 08/13082). Doutora em Teologia (EST,2006), Pós-doutora em Psicologia da Religião (Indiana University South Bend/IN – USA), professora no Programa de Pós-Graduação em Teologia e no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). País de Origem: Brasil. E-mail: mary.esperandio@pucpr.br

## Introdução

As discussões acerca da integração da espiritualidade nas práticas de cuidado em saúde vem ganhando cada vez mais espaço na literatura internacional desde as duas últimas décadas do século passado (KOENIG, 2001; BALBONI et al., 2010; HEFTI, 2013). No Brasil, tal debate começa a ter visibilidade a partir de 2009, especialmente nas Ciências da Saúde. Há, evidentemente, vários estudos na primeira década, com enfoque sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, porém, não voltados especificamente sobre o aspecto da integração, propriamente dita, da espiritualidade nas práticas de cuidado em saúde no contexto brasileiro. Assim, na proporção em que cresce o debate e pesquisa sobre a relação entre saúde e espiritualidade começa a emergir o uso da expressão “cuidado espiritual”. Aliado a isso, uma organização com sede nos Estados Unidos que se ocupa da certificação de qualidade às instituições de cuidado em saúde, a *Joint Commission*, estabelece o “cuidado espiritual” como um componente importante a ser integrado na atenção ao paciente, sendo por isso, um dos itens pontuados no processo de acreditação das instituições. Desse modo, questões relacionadas à integração da espiritualidade nas práticas de cuidado passam a ser discutidas em instituições brasileiras interessadas em tal certificação.

O que a produção científica brasileira aponta sobre “cuidado espiritual”? Seria o cuidado espiritual um conteúdo de pertença de alguma ciência em particular, por exemplo, da Teologia e/ou das Ciências da Saúde? O que dizem, ou têm a dizer, as Ciências da Saúde e a Teologia, sobre “cuidado espiritual”?

Pensando sobre essas indagações, o presente texto tem por objetivo contribuir com o debate sobre o tema e o faz a partir de dois enfoques. Primeiramente, é apresentado o cuidado espiritual tal como aparece no levantamento da literatura no Brasil. Em seguida, apresenta-se um modelo possível de cuidado espiritual interdisciplinar descrito na literatura internacional e colocada em prática em uma Clínica Suíça de Saúde Mental. O texto conclui apontando

alguns dos principais desafios para a integração da religião e da espiritualidade nas práticas de cuidado ao paciente.

## 1 Noções de *cuidado espiritual* – Revisão da literatura brasileira

O debate sobre um novo paradigma nos cuidados em saúde visando o paciente numa perspectiva integral, vem se delineando no Brasil nas duas últimas décadas, no contexto das discussões sobre a humanização do cuidado. Desse modo, começam a emergir na literatura, termos tais como: “conforto espiritual” (2003 e 2007), “cuidado das necessidades espirituais” (2005), “dimensão espiritual do cuidado” (2007), “assistência espiritual” (2007), “espiritualidade na prática do cuidar” (2007), “aspectos espirituais do cuidado”/ “espiritualidade no cuidado” (2007), “cuidado na dimensão espiritual” (2009).

O termo “cuidado espiritual”, grafado desse modo, aparece pela primeira vez na literatura, em português, em um artigo de reflexão, de autoria de Silvia Caldeira (2009). Nesse artigo, a autora aborda a dimensão espiritual dos cuidados de enfermagem, apresenta a concepção de cuidado espiritual, e explora a oração como uma forma prática de cuidado espiritual no contexto da saúde. Caldeira afirma que

cuidado espiritual refere-se ao cuidado com, em e para o espírito. Envolve relação (com), presença consciente (em) e um objetivo que se espera revelar-se em melhoria da saúde (para), com preocupação, responsabilidade e respeito pelas crenças do paciente, negando uma forma de estar caracterizada apenas no fazer tarefas planejadas (CALDEIRA, 2009, p. 159).

Ao definir o sentido de “intervenção espiritual”, Caldeira ressalta que “qualquer intervenção que suporte a ligação entre o self, os outros e o sagrado, que facilite o *empowerment* e resulte em saúde espiritual melhorada pode ser entendida como cuidado espiritual”(CALDEIRA, 2009, p. 159). Neste sentido, o cuidado espiritual não se resume simplesmente a um conjunto de intervenções,

mas à uma atitude de cuidar. Refere-se ao planejamento de ações, pelos profissionais da saúde, voltadas à promoção de bem-estar e de sentido da vida.

O cuidado espiritual no contexto da saúde também já havia sido apresentado por Pessini e Bertachini como “cuidados espirituais”, no plural, e como “cuidado das necessidades espirituais”, em um artigo de reflexão em 2005, quando os autores apontavam as “novas perspectivas em cuidados paliativos” (PESSINI e BERTACHINI, 2005). No estudo referido, os autores afirmavam o “cuidado das necessidades espirituais” como o centro da filosofia e prática dos cuidados paliativos.

De mais longa data, um trabalho publicado em 1996, aborda a “assistência espiritual” e espiritualidade nas práticas de enfermagem e no ensino de graduação (BENKO e SILVA, 1996). Em pesquisa empírica realizada junto a 24 docentes de uma grande escola de enfermagem no Brasil, os pesquisadores concluíram que não só havia falta de clareza sobre as noções de espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual, como também, dos 79,1% dos docentes que declaravam abordar tais questões em suas disciplinas, nenhum deles referiu um momento formal para fazê-lo, levando os autores a acreditarem que o assunto era abordado de maneira assistemática e talvez não instrumentalizasse o aluno (BENKO e SILVA, 1996, p. 82).

Para se ter melhor clareza dos estudos em língua portuguesa sobre cuidado espiritual, foi realizada uma pesquisa em duas bases de dados: no SciElo – Scientific Electronic Library Online e na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (Virtual Health Library), com o termos de busca: “cuidado espiritual” + Brasil (também em inglês). No SciElo, o sistema capturou 70 trabalhos, e na BVS, 266, totalizando 336 artigos. Nesta última base, foi refinada a busca, a fim de selecionar apenas os artigos em português, resultando em 53 estudos. Desse modo, foram analisados 123 trabalhos, tendo sido descartadas as repetições e as revisões de literatura não diretamente ligadas ao tema. Dos 123 trabalhos analisados, foram selecionados 21

artigos que abordavam especificamente o tema do cuidado espiritual, sendo 11 da BVS e 10 da SciElo.

Os estudos originam-se predominantemente na área da Enfermagem, com 14 trabalhos. Medicina e Saúde Coletiva 2 artigos em cada uma dessas áreas, e em Bioética, Antropologia Social e Psicologia 1 estudo em cada uma dessas disciplinas.

Os 21 artigos foram organizados em 4 categorias de análise: 1) Estudos teórico-conceituais; 2) Formação e Treinamento para a prática do cuidado espiritual; 3) Instituições que integram o cuidado espiritual; 4) Análise do Cuidado Espiritual praticado entre Profissionais da Saúde.

### **1.1 Estudos teórico-conceituais sobre Cuidado Espiritual**

Dentre os 4 estudos teórico-conceituais encontrados, PESSINI & BERTACHINI, 2005; ELIAS et al., 2007; CALDEIRA, 2009; NASCIMENTO et al. 2010, o primeiro faz uma ampla apresentação dos cuidados paliativos, situando-o em perspectiva epistemológica e histórica. Pessini e Bertachini (2005, p. 506) esclarecem que os cuidados espirituais estão no centro dos cuidados paliativos, em razão de que tais cuidados buscam “implementar uma abordagem holística no cuidado de pessoas com doenças ameaçadoras de vida e integrar as dimensões física, social, psicossocial e espiritual, de modo que os pacientes e cuidadores possam enfrentar a experiência do morrer de forma mais amadurecida possível”.

Ampliando o campo dos cuidados paliativos, Nascimento e colaboradores (2010) desenvolvem uma breve reflexão sobre a integração da dimensão espiritual no contexto dos cuidados paliativos na prática pediátrica. Os autores destacam a necessidade de formação do enfermeiro para a prestação do cuidado espiritual afirmando que tal competência não se desvincula de sua própria espiritualidade (NASCIMENTO et al. 2010). O trabalho de Elias e colaboradores (2007) discutem

um método possível de intervenção espiritual denominado RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade). O referido Programa foi elaborado por Elias e Giglio, para pacientes graves e terminais, com base nos elementos descritos por pacientes que vivenciaram Experiências de Quase Morte. Os autores aplicaram o método em pacientes em cuidados paliativos, e na continuidade do estudo, desenvolveram um programa de treinamento para profissionais de saúde sobre a utilização de tal intervenção (ELIAS et al. 2007), caracterizada pelos próprios autores, como sendo da ordem das terapias alternativas e complementares. O estudo apresenta os resultados da aplicação do Programa a 11 pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Tal programa de intervenção foi realizada por 5 profissionais da saúde (um médico, uma enfermeira e três psicólogos) que receberam o treinamento. Os resultados, segundo os autores, “sugeriram que a intervenção RIME favoreceu a resignificação da dor espiritual dos pacientes terminais, promovendo qualidade de vida, dignidade e melhora de bem-estar no processo de morrer” (ELIAS et al., 2007, p. 38-39).

O estudo de Caldeira (2009), mencionado no início dessa seção, além de apresentar a definição do conceito de cuidado espiritual e de intervenção espiritual, defende a prática da oração por profissionais da saúde, sobretudo pelos profissionais da enfermagem, não apenas por ser uma técnica de intervenção espiritual legítima, presente na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), mas também por ser uma das estratégias de coping mais frequentes (CALDEIRA, 2009, p. 160). Para Caldeira, uma das razões para a negligência na prestação de cuidados espirituais é o reconhecimento de tal atividade como sendo tarefa específica dos capelães hospitalares, observação comprovada também pelos autores deste estudo em pesquisas empíricas sobre o tema. Caldeira discute os riscos, desafios e cuidados implicados na realização da oração como intervenção, por exemplo, dificuldades do próprio enfermeiro na realização dessa atividade e consequente necessidade de solicitar a outro profissional ou capelão para fazê-lo, ou o não interesse do paciente nesse tipo de recurso, fato que deve ser respeitado.

## 1.2 Formação e Treinamento para a prática do cuidado espiritual

Os quatro estudos, de caráter qualitativo e quantitativo, que abordam a formação e treinamento para a prática do cuidado espiritual, dão ideia das principais barreiras a serem superadas no tratamento desse tema. Embora os estudantes de enfermagem percebam a importância de integrar o cuidado espiritual, independentemente da crença/descrença do profissional (BENKOL & SILVA, 2005), a maioria sente-se insegura (SOUZA, MAFTUM e MAZZA, 2009; ) e despreparada (ESPINHA et al. 2013) para fazê-lo por não ter desenvolvido tal competência durante o curso (MESQUITA et al., 2014; SOUZA, MAFTUM e MAZZA, 2009; ESPINHA et al. 2013; BENKOL & SILVA, 2005). Além dos problemas vivenciados no curso da formação profissional, quer seja pela ausência de uma disciplina específica no currículo (ESPINHA et al., 2013), ou mesmo pela dificuldade dos próprios docentes de enfermagem em prover uma adequada abordagem do tema (BENKOL & SILVA, 2005), o estudo de Mesquita et al. (2014) aponta ainda, dificuldades relacionadas à própria espiritualidade do profissional da enfermagem como elemento que interfere em sua capacidade na provisão do cuidado espiritual. Mesquita e colaboradores observaram ainda, que os profissionais que não receberam formação específica sobre o tema não apenas indicam maior probabilidade de não proverem cuidado espiritual aos seus pacientes, como também mostrou relação positiva entre maior bem estar espiritual dos profissionais e a importância dada pela equipe de enfermagem à prestação de cuidado espiritual (MESQUITA et al. 2014).

## 1.3 Instituições que integram o cuidado espiritual

Ambos os estudos que exemplificam instituições de saúde que integram a espiritualidade em suas práticas de cuidado referem-se a instituições mantidas e administradas por grupos Espíritas (LUCCHETTI et al.2012a; AURELIANO, 2013). Tais estudos classificam as práticas de cuidado espiritual oferecidas nessas instituições, como sendo da ordem das terapias alternativas e complementares. Um

dos estudos (LUCCHETTI et al. 2012a) analisa historicamente a contribuição de dezenas de hospitais psiquiátricos fundados por seguidores do Espiritismo e coletou dados de 6 hospitais psiquiátricos espíritas, com a finalidade de conhecer o uso das práticas espirituais oferecidas, a estrutura de trabalho, os profissionais de saúde envolvidos, as modalidades de cuidado e as dificuldades de integração das práticas espirituais com o tratamento convencional (LUCCHETTI et al., 2012a, p.128). Importante mencionar que os Espíritas creem que as doenças, sobretudo as doenças mentais, podem ser causadas pela influência nociva de espíritos desencarnados, os quais, se não são a causa do transtorno, podem ser um dos fatores associados a piores resultados em saúde. Os Espíritas creem que em razão da simbiose entre corpo físico e espírito, as enfermidades não curadas em vidas passadas são causa de enfermidades no ser reencarnado (LUCCHETTI et al., 2012a, p. 126). Desse modo, a provisão de cuidados espirituais fundamentadas nas crenças Espíritas são oferecidas aos pacientes em tratamento, tais como a ministração de passes, água fluidificada, estudo de literatura religiosa, oração intercessória, desobsessão, aconselhamentos e cirurgias espirituais. Atividades semelhantes, acrescidas de Reiki, Cromoterapia, Florais de Bach, e fitoterapias em geral, também são práticas do Centro de Apoio ao Paciente com Câncer, local de pesquisa do estudo de Aureliano (2013). Alguns dos hospitais psiquiátricos oferecem também estudos bíblicos sob a responsabilidade de religiões católicas e evangélicas (LUCCHETTI et al., 2012a, p. 130). Ambos os estudos reportam que tais atividades são oferecidas aos pacientes, sem exigência de participação por parte dos mesmos. Aureliano observou, inclusive, que “elementos religiosos/espirituais são ressaltados na compreensão dos estados de saúde-doença e formas de cuidado, sem que isso necessariamente resulte em uma adesão a determinado grupo ou denominação religiosa (AURELIANO, 2013, p. 23).

#### **1.4 Análise do Cuidado Espiritual praticado pelos Profissionais da Saúde**

O maior número de estudos encontrados sobre o tema diz respeito à análise das práticas dos profissionais da saúde em relação ao cuidado espiritual, com

um total de 11 trabalhos. Os dados revelam que a despeito dos profissionais da saúde negligenciarem a dimensão espiritual do paciente, este busca fazer esta integração a partir de seus próprios recursos espirituais/religiosos internos e externos. Por exemplo, ao investigar os “Percurso da Cura” nas populações que compõem a favela de Mangueiras, no Rio de Janeiro, as pesquisadoras observaram que “nas representações populares da doença, a imagem de ruptura de equilíbrio espiritual aparece frequentemente como causadora do adoecimento. A cura dependerá de resgatar esse equilíbrio” (FERREIRA e ESPÍRITO SANTO, 2012, p. 186). Portanto, constatam as autoras, os sistemas de cura que privilegiam o aspecto da religiosidade/espiritualidade têm grande aceitação nessa faixa da população. Esta percepção é reiterada pelos estudos de Souza e Caldas (2009) ao analisarem o posicionamento dos profissionais de Saúde da Família acerca da relação entre saúde mental e religiosidade, em Ilhéus, na Bahia. As pesquisadoras observam que a espiritualidade aparece como fator desencadeante e explicativo da doença mental tanto na percepção do paciente quanto na perspectiva dos profissionais da saúde. Além disso, os profissionais reconhecem que os laços de solidariedade e suporte social recebido nos espaços religiosos têm efeito positivo no cotidiano dos pacientes com doença mental, em geral. Entretanto, há casos em que a integração da religiosidade no atendimento a paciente com doença mental precisa ser melhor avaliada, no sentido de não causar dano ao paciente, ou protegê-lo dos danos que certas crenças religiosas podem provocar, como por exemplo, quando o paciente decide abandonar o tratamento alopático por motivos religiosos (SOUZA e CALDAS, 2009, p. 465).

Ainda em relação a pacientes em tratamento psiquiátrico, Lucchetti e colaboradores levantaram dados em hospitais psiquiátricos Espíritas, a respeito do interesse dos pacientes em receber cuidado espiritual. Os pesquisadores afirmam que a maioria dos 213 pacientes avaliados, cerca de 85%, solicitaram cuidado espiritual mesmo que de outras tradições religiosas, incluindo os que reportaram não ter nenhuma religião (79.1%). Pacientes com um diagnóstico de esquizofrenia

( $p = .010$ ) e religiosidade intrínseca mais baixa ( $p = .002$ ) apresentavam tendência menor a solicitação de assistência espiritual (LUCCHETTI et al. 2012b).

Na análise do que significa “conforto” para o paciente, os estudos apontam que a provisão de “conforto espiritual” dependerá fundamentalmente, de uma análise adequada do profissional de enfermagem para a oferta de tal cuidado (PONTE et al., 2012; FREITAS et al., 2012; MONTEIRO et al., 2014). Neste sentido, a capacidade do profissional estabelecer a diferença entre necessidades espirituais e religiosas são determinantes para um atendimento adequado (PENHA & SILVA, 2012), uma vez que a ausência desse conhecimento gera insegurança no profissional em falar sobre esses assuntos e em atender, como ele próprio gostaria, fazendo-o sentir-se inseguro diante dessas questões (BRITO et al., 2013).

Em relação à avaliação dos cuidados prestados a pacientes que requerem cuidado intensivo, pesquisadores pontuam que nesses ambientes o cuidado é altamente técnico e objetivo, visa ao monitoramento e à assistência médica e de enfermagem contínua, com o objetivo de recuperar a saúde dos pacientes (BACKES et al., 2012). Há uma supervalorização dos cuidados técnicos em detrimento dos aspectos emocional, social e espiritual (SILVA & PEREIRA, 2011). É possível inferir, pelos dados do estudo de Silva e Pereira (2011) que, talvez, exatamente em função da preocupação excessiva com a técnica, pode se instalar o estresse entre esses profissionais, uma vez que, junto com a exigência de performance com a técnica, observa-se preocupação das enfermeiras com o sofrimento da família diante da perda (SILVA & PEREIRA, 2011).

Por fim, um estudo entre capelães hospitalares aponta a contribuição destes na provisão de cuidado espiritual a pacientes terminais, em sete hospitais públicos de João Pessoa (FRANCISCO et. al, 2015). O estudo ressalta a importância do papel do capelão neste contexto e salienta as diferenças de compreensão entre estes profissionais no entendimento do que vem a ser espiritualidade, o que levanta a necessidade de pesquisas sobre essa questão, principalmente no contexto da teologia.

## 2 O cuidado espiritual na Teologia

A discussão sobre “cuidado espiritual” no campo da Teologia tem sido bastante diversa daquela desenvolvida na área da Saúde. Este termo praticamente não é usado na Teologia nas décadas recentes, com raríssimas exceções. Enquanto nos Estados Unidos e Europa, as discussões sobre este tema vem ganhando corpo, principalmente em razão das implicações decorrentes da integração do cuidado espiritual pela equipe multidisciplinar hospitalar, no Brasil, tal debate não tem sido desenvolvido, até o presente momento no espaço acadêmico de reflexão.

As publicações mais recentes na Teologia Brasileira trazem uma perspectiva ligada à ideia de “aconselhamento pastoral”, sendo pontuais os artigos que abordam o “cuidado pastoral” ou mesmo que discutem as relação entre espiritualidade e saúde. O Teólogo e Aconselhador Pastoral, Ronaldo Sathler-Rosa, pondera que a tradição judaico-cristã, ao associar o significado bíblico-teológico do tema da salvação e a saúde do ser estabelece relações entre saúde e espiritualidade, “embora com outra gramática e utilizando fundamentos diferentes” (SATHLER-ROSA, 2014, p.128).

Roese discute o conceito de cuidado espiritual à luz da teologia de Tillich e das questões de sentido da vida, de Viktor Frankl, em um artigo onde aborda o cuidado espiritual e psicoterapêutico em perspectiva feminista ( ROESE, 2010).

As pesquisas sobre cuidado espiritual na área da Saúde tem como desdobramento o surgimento de uma nova percepção da figura do capelão hospitalar, além de uma demanda teórico-prática sobre este papel, à espera de construção teórica no Brasil. Na revisão de literatura feita por Gentil e colaboradoras (2011) sobre a organização de serviços de capelania hospitalar, as autoras observam que a produção científica é recente, localizada fora do Brasil e com forte influência da Joint Commission.

Embora sejam poucos os trabalhos acadêmicos sobre esse tema, a assistência espiritual a pessoas internadas em hospitais, no Brasil, é assegurada pela Lei Federal 9982, de 14 de julho de 2000, e realizada por muitos voluntários, religiosos e religiosas, pastores e clérigos que são frequentemente contactados pelos hospitais para prestarem cuidado espiritual a pacientes que o solicitam ou que, por vezes, são ofertados por enfermeiras sensíveis às necessidades do paciente.

Neste novo contexto de discussão a respeito da integração do cuidado espiritual, demanda-se do capelão hospitalar, ou de pessoas envolvidas com essa tarefa (sejam elas religiosas ou voluntárias), a provisão de um cuidado espiritual com base em competências inter-religiosas e interculturais, uma prática intencionalmente voltada às necessidades espirituais do paciente, independentemente da tradição de fé do/a capelão. Neste sentido, requer dos capelães hospitalares novas habilidades, atitudes e conhecimentos para bem entender e atender as necessidades espirituais da pessoa que sofre.

A reflexão desenvolvida até aqui ajuda-nos a perceber o caráter interdisciplinar do cuidado espiritual. Nenhum campo da ciência dará conta, sozinho, dos desafios que aí se colocam. Propostas teóricas e práticas, assim como estudos empíricos em perspectiva interdisciplinar podem contribuir significativamente na promoção de um cuidado mais humano.

### **3 O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual**

Realizar uma abordagem holística no cenário clínico é uma questão desafiadora. Com vistas a atender este desafio foi criado o chamado “Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual”. O objetivo desta seção é descrever esse novo modelo com mais detalhes e destacar sua relevância para a área da saúde.

Como descrito e publicado por George Engel (1977), o modelo biopsicossocial foi fundamental para uma abordagem mais holística na medicina. Esse modelo colocou o paciente dentro de um quadro de referência biopsicossocial,

integrando fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para a etiologia e o progresso da doença. No entanto, o modelo de Engel ainda negligencia uma dimensão importante e existencial do paciente (DAALEMAN; NEASE, 1994; KING; BUSHWICK, 1994) e, por esse motivo, teve de ser mais desenvolvido.

### 3.1 Fundamentos Teóricos

Os fundamentos do modelo de cuidado espiritual estão enraizados em uma visão holística tanto da pessoa quanto da doença, integrando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Em uma compreensão holística, doença não é apenas uma desregulação biológica de genes. Fatores epigenéticos relacionados ao domínio psicossocial e espiritual são de igual importância. Portanto, uma abordagem holística de cuidados em saúde deve integrar todas essas dimensões.

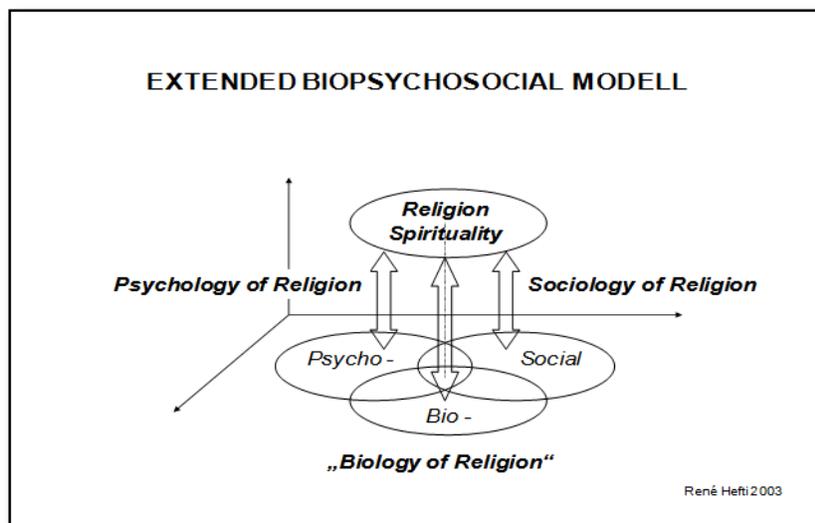
Sulmasy (2002), autor de um artigo frequentemente citado sobre o “modelo biopsicossocioespiritual de cuidado de pacientes terminais”, baseia sua abordagem naquilo que ele chama de antropologia filosófica, propondo que os seres humanos são intrinsecamente espirituais por serem fundamentalmente orientados para relacionamentos. Os povos da antiguidade viam a doença como uma perturbação nos relacionamentos. A tarefa do xamã era curar, restaurando o relacionamento entre a pessoa doente e os cosmos. Assim, a cura era um ato religioso que consistia na restauração de relacionamentos corretos (SULMASY, 2002, p. 25). A cura científica contemporânea, de acordo com Sulmasy, também consiste na restauração dos relacionamentos corretos, mas tem sido limitada à restauração de processos homeostáticos do corpo. Entretanto, a doença perturba mais que os processos no organismo humano, ela separa famílias e locais de trabalho, quebra padrões preexistentes de *coping* (enfrentamento) e levanta questões sobre a relação do sujeito com o transcendente (SULMASY, 2002, 26 p.). A reflexão de Sulmasy sobre as necessidades religiosas/espirituais do paciente no final da vida o levou a propor um “modelo biopsicossocioespiritual de cuidado para pacientes terminais”. No

entanto, como vários estudos têm demonstrado, necessidades espirituais não surgem apenas no final da vida, mas em qualquer momento em que uma pessoa sente que a vida está sendo ameaçada, especialmente em tempos de doença e sofrimento.

O modelo holístico proposto por Hefti (2013) baseia-se na filosofia existencial. A visão de Victor Frankl do ser humano introduz uma dimensão noética ou espiritual que é claramente distinta da psíquica ou somática, e é considerada genuinamente humana (FRANKL, 1959). Uma expressão da dimensão noética é o que Frankl chamou de “vontade de sentido”, a estrutura motivacional básica da pessoa como um ser humano (FRANKL, 1984). Para Frankl o sentido é auto transcendente e, por isso, espiritual, sendo orientado para o mundo e seus valores objetivos. Outro conceito central na antropologia de Frankl, o de “pessoa”, integra o somático, o psíquico e o noético, construindo assim a unidade antropológica proposta.

A integração da antropologia de Frankl no modelo biopsicossocial de George L. Engels constitui o que Hefti (2013) caracteriza como “modelo biopsicossocial ampliado” (figura 1) ou, em outros termos, o “modelo biopsicossocioespiritual”. Religiosidade e espiritualidade são vistos como uma dimensão antropológica distinta e independente, interagindo com as outras dimensões do modelo biopsicossocial. A religião pode ser um fator causal, mediador ou moderador de qualquer resultado biológico, psicológico ou social. Como exemplo da religião como moderadora, estudos mostram que a religiosidade modera (amortece) a reação de estresse fisiológico (MASTERS *et al.*, 2004; HEFTI, 2009), sendo uma possível explicação para a conexão entre religião e saúde.

**Figura 1. O Modelo Biopsicossocial ampliado integra religião e espiritualidade como uma quarta dimensão no Modelo de George L. Engels.**



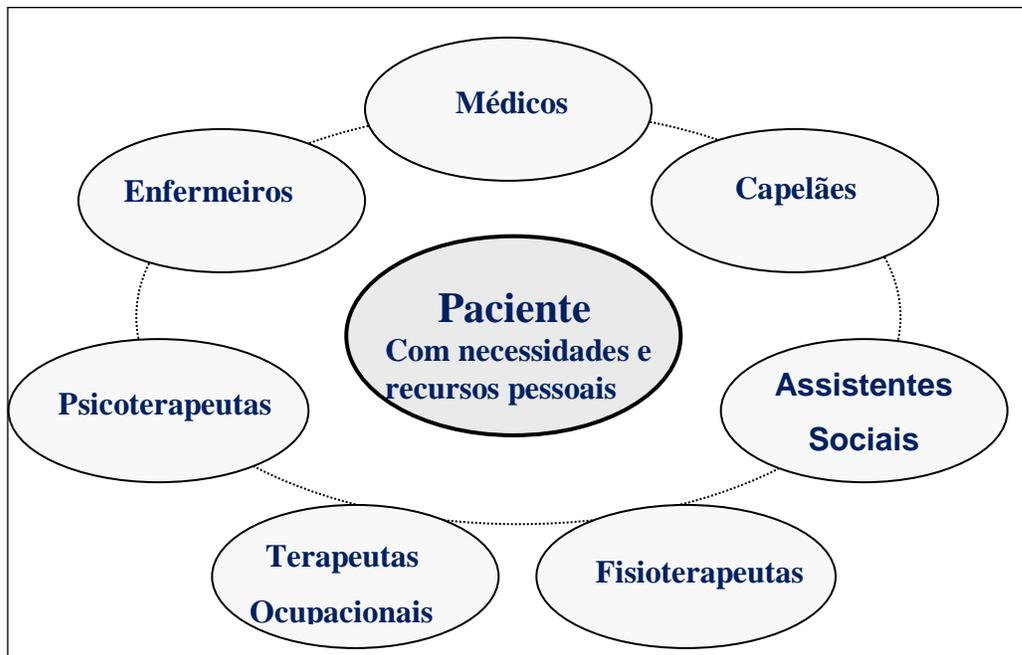
**Fonte: HEFTI, Unser Therapiekonzept, Infomagazin 2003**

O modelo biopsicossocial ampliado também pontua que os pacientes – além das necessidades biológicas, psicológicas e sociais – têm necessidades espirituais, tais como: necessidade de esperança; necessidade de sentido e propósito na vida; necessidade de se sentir conectado consigo mesmo, com outros e com a transcendência; necessidade de se sentir amado/a. Estas necessidades espirituais tornam-se muito mais proeminentes durante períodos de doença e sofrimento, como tem sido demonstrado em diversos estudos (KOENIG, 2012). Pacientes também têm recursos espirituais que frequentemente lhes permitem um melhor enfrentamento da doença e de situações que ameaçam a vida. Apoiar o *coping* (enfrentamento) religioso e espiritual é um aspecto importante no cuidado integral do paciente, bem como a avaliação dos conflitos espirituais e angústia espiritual (MONOD *et al.*, 2010), pois estes fatores, muitas vezes, interferem no processo de recuperação.

### 3.2 A Equipe Interdisciplinar de Cuidado no Contexto da Saúde e o Papel do Capelão como um Cuidador Profissional

Com poucas exceções, o atendimento ao paciente é sempre caracterizado por um ambiente interdisciplinar envolvendo médicos (de diferentes especialidades), enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, outros profissionais e capelães (ver figura 2). A colaboração interdisciplinar é absolutamente importante e determinante para o sucesso do tratamento. A interação entre as disciplinas pode ser complexa e deve ser administrada da melhor maneira possível para reduzir mal-entendidos, conflitos de função e sobreposições. Portanto, o modelo padrão de equipe interdisciplinar define esferas de responsabilidade para cada profissional envolvido. O médico geralmente é o líder da equipe e o responsável final pelo paciente e pelo tratamento como um todo. Tanto a colaboração entre as disciplinas quanto o foco no paciente são cruciais, sendo que o paciente deve ser colocado no centro de todas as atividades médicas e de cuidado.

**Figura 2. A Equipe Interdisciplinar de Cuidado em Saúde (EICS)**



Fonte: HEFTI, *Integrating spirituality*, Cambridge 2009

O papel dos capelães hospitalares (cuidadores espirituais), neste modelo, depende do contexto cultural e da maneira como este é desempenhado. Diferentes países têm diferentes maneiras de compreender o papel e a importância dos capelães hospitalares. Por exemplo, nos Estados Unidos, os capelães são contratados pelos hospitais. A relevância da capelania é bem reconhecida, principalmente pela *Joint Commission International*<sup>1</sup> (anteriormente conhecida como *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization* – JCAHO), bem como a *Canadian Accreditation Agency*. Tais agências afirmam que “os pacientes têm o direito fundamental de receber um cuidado que garanta a sua dignidade pessoal e respeite seus valores culturais, psicossociais e espirituais” (JCAHO, 1998). Capelães nos EUA são bem treinados, e as pesquisas sobre os efeitos de seu trabalho apontam resultados positivos de suas visitas a pacientes hospitalizados (ILER, OBENSHAIN, CAMAC, 2001). Por exemplo, depois de analisar três estudos (ILER, OBENSHAIN, CAMAC, 2001; FLANNELLY *et al.* 2005; BAY *et al.*, 2008) sobre os serviços de capelania, Cummings e Pargament concluíram que “os serviços de capelania podem promover formas benéficas (ao invés de prejudiciais) de *coping* religioso, recuperação física e bem-estar emocional, e isto deveria ser algo importante a ser considerado pelos profissionais de saúde (CUMMINGS; PARGAMENT, 2010, p. 44).

No continente europeu, a Rede Europeia de Capelania Hospitalar (*European Network of Health Care Chaplaincy* – ENHCC)<sup>2</sup> é uma organização que vincula a capelania com a área da saúde em toda a Europa. Enquanto Grupo de trabalho (*network*), eles assumiram uma declaração coletiva que se tornou “um ponto de referência e um guia para todos os credos e confissões na formação do cuidado espiritual oferecido na área dos cuidados em saúde”. A ENHCC relata que “os serviços de capelania são organizados de diferentes formas em diferentes países

---

<sup>1</sup> A Joint Commission International é uma organização sem fins lucrativos sediada nos Estados Unidos que certifica mais de 2.500 organizações da área de saúde de acordo com a qualidade dos serviços prestados. O atendimento adequado das necessidades espirituais do paciente em tratamento é um dos serviços necessários que uma instituição deve fornecer a fim de receber tal certificação.

<sup>2</sup> Informações sobre essa organização podem ser encontradas em [http://enhcc.eu/turku\\_standards.htm](http://enhcc.eu/turku_standards.htm). Acessado em: 10 out. 2015.

européus, e é formada por representantes de grupos religiosos; instituições de saúde; políticas e normas estatais de cuidados em saúde; associações de capelania”. A organização também informa que

serviços de capelania são oferecidos por membros do clero e pessoas leigas que tenham sido profissionalmente treinadas na área de cuidados pastorais. Estes capelães são autorizados por sua comunidade religiosa e reconhecidos pelo sistema de saúde. O capelães atuam como parte da equipe multidisciplinar<sup>3</sup>.

Quando o capelão é contratado pelo hospital ou pela instituição, ele normalmente faz parte da equipe interdisciplinar. Quando o capelão é contratado pela igreja ou outra instituição religiosa, e tem um compromisso de tempo integral com o hospital, a situação é basicamente a mesma. Contudo, quando o capelão (ou capelã) é contratado pela igreja ou outra instituição religiosa e tem um compromisso de tempo integral na comunidade de fé, este capelão geralmente não faz parte da equipe multidisciplinar do hospital, neste sentido, o capelão terá de coordenar as suas atividades com a equipe de cuidados de saúde por iniciativa própria.

### **3.3 O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual**

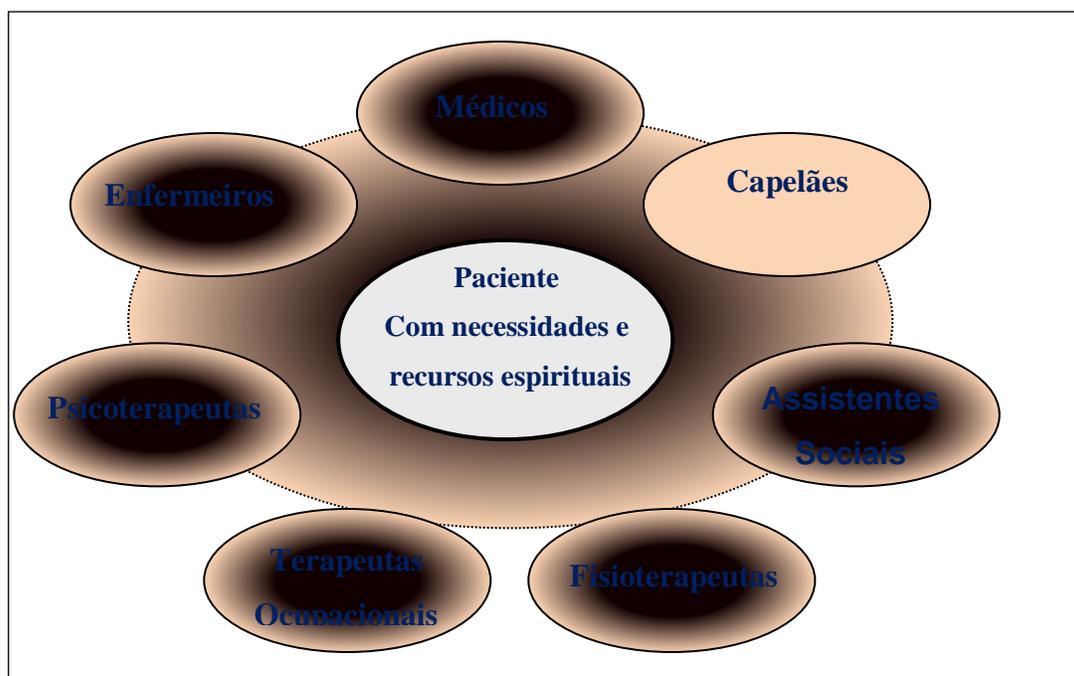
A questão-chave em relação a um modelo de cuidado espiritual é a seguinte: Quem deve ser o responsável em cuidar das necessidades e dos conflitos espirituais do paciente e de estimular seus recursos espirituais? No modelo padrão de equipe interdisciplinar, a resposta é mais ou menos clara: o conselheiro pastoral ou cuidador espiritual é responsável pelo “bem-estar espiritual” e pelo “cuidado espiritual” do paciente. Por essa razão, ele deve ser informado pela equipe de cuidados de saúde, ou então deve visitar todos os pacientes sistematicamente, o que geralmente não é o caso e, sobretudo, não é possível.

---

<sup>3</sup> Disponível em: [http://enhcc.eu/turku\\_standards.htm](http://enhcc.eu/turku_standards.htm). Acessado em 10/10/2015. Disponível em: [http://enhcc.eu/turku\\_standards.htm](http://enhcc.eu/turku_standards.htm). Acessado em: 10 out. 2015.

No “Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual” (ver figura 3) a equipe compartilha a responsabilidade sobre os assuntos espirituais. Isso significa que cada membro da equipe é capaz de avaliar as necessidades e os conflitos espirituais do paciente, documentá-las no prontuário e comunicá-las nas reuniões de equipe (ou diretamente ao capelão pastoral). Basicamente, médicos, enfermeiros e psicoterapeutas podem fazer uma “anamnese espiritual” (levantamento do histórico espiritual do paciente). Uma vez que os médicos são os líderes e principais responsáveis pela equipe de tratamento, eles precisam assegurar que as necessidades espirituais dos pacientes sejam atendidas e os conflitos espirituais sejam avaliados, pois ambos podem interferir significativamente no curso do tratamento.

**Figura 3: O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual (MICE)**



Fonte: HEFTI, Seminário Internacional, Curitiba/Brasil 2015

Para estabelecer um Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual os membros da equipe necessitarão de treinamento sobre como fazer uma anamnese

espiritual, como avaliar as necessidades espirituais, e como identificar os conflitos espirituais e atender as necessidades espirituais. Desse modo, o papel do capelão hospitalar (conselheiro pastoral) abarca duas funções: por um lado ele é o especialista em cuidados espirituais que administra o cuidado pastoral profissional e espiritual; por outro, ele tem a função de ensinar e dar suporte à equipe interdisciplinar.

### **3.4 Os Pacientes Querem que os Médicos Abordem suas Preocupações Espirituais?**

Toda a nossa teorização será inútil se os pacientes não estiverem interessados em que os médicos integrem questões espirituais no tratamento. A experiência clínica precisa acompanhar o que um número considerável de estudos vem apontando. A maioria dos pacientes expressa o desejo de ter as questões espirituais abordadas por seus médicos (DAALEMAN; NEASE, 1994; EHMAN *et al.*, 1999; KING; BUSHWICK, 1994; LUCCHETTI *et al.* 2012b). Uma pesquisa realizada no Brasil aponta que 53% dos profissionais acreditam que os pacientes gostariam de discutir questões espirituais durante o tratamento, mas apenas 18,1% dos profissionais reportam fazê-lo com frequência (ESPERANDIO, 2014, p. 822). Até mesmo pacientes não religiosos, 45%, declararam que os médicos devem gentilmente perguntar sobre suas necessidades espirituais (MOADEL *et al.*, 1999). Isso é particularmente verdadeiro no caso de pacientes em estado terminal. Esses resultados são corroborados por pesquisas sobre o desejo dos pacientes por atenção da parte de enfermeiros às suas preocupações espirituais (REED, 1991). No entanto, se os pacientes declararem não ter preocupações espirituais ou religiosas, ou não desejarem que elas sejam abordadas no contexto clínico, o médico deve sempre respeitar a decisão do paciente (SULMASY, 2001).

Os médicos geralmente têm sido relutantes em abordar as necessidades e preocupações espirituais dos pacientes (ELLIS; VINSON; EWIGMAN, 1999,

ESPERANDIO, 2014). Oncologistas reportaram em um estudo, que a angústia espiritual é baixa se comparada com outras 17 preocupações clínicas pelas quais eles se sentem responsáveis em abordar (KRISTELLER; ZUMBRUN; SCHILLING, 1999). Médicos fazem referências ao trabalho dos capelães e tratam dos problemas espirituais desses pacientes menos de 1% do tempo (SULMASY *et al.*, 1992).

#### **4 A Prática de um Modelo de Cuidado Espiritual**

De acordo com pesquisadores alemães sobre este tema (PAAL, HELO & FRICK, 2015), o cuidado espiritual não “funciona” do mesmo modo que a maioria das outras intervenções na área da saúde que proporcionam alívio no sofrimento ou eliminam patologias. Muito mais do que atingir metas, cuidado espiritual significa acompanhar a jornada do paciente através da presença humana, com palavras e ações de humilde e de carinho. O ponto crucial do cuidado espiritual está em fazer uma anamnese espiritual do paciente a fim de que a equipe multiprofissional possa fazer um “diagnóstico” e estabelecer uma estratégia para tratamento. Não é, pois, a história de uma doença, mas uma biografia pessoal que abrange recursos, necessidades, pertencas identitárias, e talvez crise e angústia.

##### **4.1 A Realização da Anamnese Espiritual**

Fazer uma anamnese espiritual do paciente habilita o profissional da saúde a compreender o papel que a religião ou a espiritualidade tem no processo de coping que este realiza. Além do mais, permite identificar as necessidades espirituais que precisam ser atendidas. A anamnese espiritual é um ato poderoso em si mesmo e abre uma nova dimensão na relação médico-paciente, pois envia ao paciente a mensagem de que esse aspecto da sua identidade é reconhecido e respeitado. Isto também ajuda a reunir informações importantes que são úteis na compreensão da motivação que sustenta certos comportamentos do paciente relacionados à sua saúde. O histórico espiritual fornece ainda, informações sobre os sistemas de apoio dos pacientes e os recursos disponíveis que ele tem dentro da comunidade.

Vários instrumentos têm sido desenvolvidos para fazer a anamnese espiritual. O instrumento utilizado pelo profissional não é a questão mais importante, mas sim as informações que são coletadas e o modo sensível como tais informações são levantadas. As perguntas devem ser breves e levar apenas alguns minutos para serem administradas. Devem ser fáceis de lembrar e eficazes no levantamento do tipo de informação que é buscada. O objetivo é entender as crenças do paciente e qual o papel que elas desempenham na saúde e na doença, sem julgar ou tentar modificar essas crenças ou falta de crença.

Christina Puchalski, professora associada de medicina no Centro Médico da Universidade George Washington e diretora do Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde, desenvolveu as seguintes cinco perguntas (PUCHALSKI; ROMER, 2000):

- F – fé – *Qual é a sua tradição de fé?*
- I – importância – *Quão importante é sua fé para você?*
- C – comunidade religiosa – *Qual é a sua igreja ou comunidade de fé?*
- A – aplicação – *Como você aplica sua religiosidade e crenças espirituais à sua saúde?*
- A – atender – *Como podemos atender às suas necessidades espirituais?*

Além disso, é muito importante avaliar a “angústia espiritual”. Monod *et al.* (2010) desenvolveram um instrumento chamado “Ferramenta para Avaliar a Angústia Espiritual” (Spiritual Distress Assessment Tool - SDAT) em pacientes idosos hospitalizados. A hipótese era de que a angústia espiritual surge de necessidades espirituais não atendidas. Quanto maior o grau de uma necessidade espiritual não atendida, maior o nível de angústia espiritual do paciente. Espiritualidade foi definida como um conceito multidimensional, que inclui quatro dimensões principais: Significado, Transcendência, Valores e Identidade Psicossocial. Necessidades espirituais correlatas foram sistematicamente definidas para cada dimensão. Um procedimento estruturado de avaliação foi desenvolvido para identificar essas necessidades espirituais e marcar o grau em que elas permanecem não atendidas.

Antes de dar início à anamnese espiritual, os profissionais de saúde devem explicar ao paciente por quê essas perguntas estão sendo feitas. O profissional de saúde (por exemplo, médico, psicoterapeuta) pode comunicar ao paciente que ele tem algumas perguntas a fazer sobre as crenças espirituais, e que isso nada tem a ver com a condição do paciente, mas reflete um desejo de ser mais sensível às suas necessidades espirituais. Delegar essas perguntas ao capelão não é suficiente, uma vez que 80% dos doentes não estão dispostos a conversar com um capelão. Fazer essas perguntas poderá fornecer conhecimento em primeira mão das respostas que o profissional de saúde responsável pelo paciente precisa para assegurar que as necessidades espirituais sejam atendidas, e também para que as decisões médicas sejam feitas à luz de tais necessidades.

Se o paciente indicar, no início da anamnese espiritual, que não tem interesse em religião ou espiritualidade, e que esses fatores não desempenham qualquer função no modo como ele lida com a doença, a anamnese espiritual deverá tomar outro rumo. Ao invés de focar na espiritualidade ou religião, o entrevistador pode perguntar sobre como o paciente está lidando com sua situação, o que dá sentido à sua vida e propósito no cenário atual da doença, a que crenças culturais ele se apega e que podem influenciar no tratamento da doença, e que recursos sociais estão disponíveis para fornecer apoio familiar. Desta forma, a informação vital será recolhida sem ofender o paciente ou fazer com que ele se sinta desconfortável.

A anamnese espiritual (incluindo as necessidades espirituais) deve ser documentada no prontuário médico, evitando que a mesma seja realizada repetitivamente por outro profissional de saúde e, conseqüentemente, sobrecarregando ou irritando o paciente. Qualquer profissional de saúde pode simplesmente ler o prontuário médico para verificar se a anamnese espiritual foi realizada e quais informações foram registradas.

## 4.2 O Apoio ao *Coping* (enfrentamento) Religioso e as Crenças Espirituais

Várias pesquisas mostraram uma alta prevalência de *coping* religioso entre os pacientes com doenças físicas e mentais (KOENIG, 1998; TEPPER *et al.*, 2001). Tepper *et al.* (2001) investigaram 406 pacientes em uma das treze instituições de cuidados mentais na cidade de Los Angeles. Mais de 80% dos participantes contavam com crenças ou atividades religiosas para lidar com as dificuldades ou frustrações diárias. A maioria dos participantes dedicava até metade do seu tempo total de *coping* às práticas religiosas, sendo a oração a atividade mais frequente. Estudos mostram que a oração é comumente a estratégia que as pessoas mais utilizam no enfrentamento da doença (ESPERANDIO & LADD, 2015; ESPERANDIO, 2014).

Essa realidade também se aplica à Europa. As conclusões da Tepper *et al.* foram replicadas por Mohr *et al.* (2006), em Genebra, na Suíça. Entrevistas semiestruturadas voltadas para o *coping* religioso foram realizadas com uma amostra de 115 pacientes ambulatoriais com doença psicótica em um dos quatro ambulatórios psiquiátricos de Genebra. Para a maioria dos pacientes, a religião incutiu esperança, propósito e significado em suas vidas (71%), enquanto que para alguns, causava desespero espiritual (14%). Os pacientes (54%) também relataram que a religião diminuía sintomas psicóticos e os sintomas gerais, além de melhorar a integração social (28%), reduzir o risco de tentativas de suicídio (33%) e uso de substâncias (14%). Os resultados destacam ainda a importância clínica de *coping* religioso para pacientes com esquizofrenia.

Mesmo que as crenças do paciente sejam diferentes das do profissional de saúde, o objetivo é entrar na visão de mundo do paciente, a fim de entender por que o mesmo possui certas crenças. Se as crenças religiosas e espirituais não estiverem interferindo com os cuidados médicos, e não forem, obviamente, patológicas ou prejudiciais, então, deve-se considerar o apoio a estas crenças e práticas. À luz de um número crescente de estudos, é adequado, ou até mesmo “boa

prática”, fazê-lo. O objetivo não é tornar os pacientes mais religiosos ou espirituais, mas reforçar um *coping* efetivo que possa afetar os resultados em saúde. A intenção do profissional de saúde é sempre maximizar os resultados em saúde. É crucial tanto manter o suporte centrado no paciente como também garantir que o objetivo do apoio esteja relacionado com a sua saúde. O profissional de saúde estará alimentando e apoiando a crença do próprio paciente, porém, se ele se sentir desconfortável em fazê-lo, será sua responsabilidade encaminhar o paciente para um especialista em assistência espiritual, por exemplo, um capelão profissional. Capelães profissionais são os verdadeiros especialistas no contexto dos cuidados de saúde. Capelães certificados passam por treinamento extensivo para satisfazer as necessidades espirituais dos pacientes crônicos ou psiquiátricos, e normalmente envolve um ano ou mais de educação pastoral em um ambiente hospitalar. Se os capelães não estiverem disponíveis, então deverão ser consultados conselheiros pastorais ou cleros treinados da mesma denominação religiosa do paciente.

Alguns pacientes, no entanto, podem recusar-se a ver um capelão. Um relacionamento de longo prazo com um profissional de saúde pode fazer com que o paciente se sinta mais à vontade para discutir preocupações e dúvidas religiosas/espirituais com o profissional da saúde do que com o capelão. Em tais situações, o profissional de saúde deverá tomar alguns minutos para esclarecer as preocupações do paciente, dando atenção de uma maneira carinhosa e solidária. Às vezes, intervenções relativamente simples feitas pelo médico ou por outro profissional de saúde são suficientes para resolver o problema. Escutá-lo com respeito e sensibilidade pode ser tudo o que ele precisa.

Esses resultados refletem as experiências feitas em uma Clínica Suíça de medicina psicossomática, psiquiatria e psicoterapia em Langenthal, Suíça. Para a maioria dos pacientes, o uso de estratégias de enfrentamento baseadas *em crenças*, religiosas/espirituais é uma parte essencial de seu comportamento de enfrentamento. A religião fornece aos pacientes uma estrutura para lidar com os conflitos relacionados aos processos de saúde-doença. O registro de uma entrevista

semi-estruturada de uma paciente deprimida, de 65 anos, que fez parte de um estudo qualitativo, ilustra muito bem o modo como ela controla seus sentimentos depressivos:

Quando me sinto triste e meus pensamentos se tornam sombrios, quando eu acordo de manhã cedo e não consigo mais dormir, então eu vou para fora, converso com Deus, agradecendo-lhe por Ele estar no controle e por não me deixar muito para baixo. Em tempos passados eu sempre começava a perguntar por quê, por quê eu me casei com este homem, por quê Deus deixou isso acontecer? Mas isso tornou as coisas piores. Hoje eu interrompo esse tipo de pensamento (SCHMIDT, 2008, p. 62).

### 4.3 O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual de uma Clínica Suíça

Como um exemplo de como o cuidado espiritual pode ser implementado no ambiente hospitalar, apresentamos aqui, o conceito utilizado pela Clínica SGM, situada em Langenthal, Suíça.

**Figura 1.** Clínica SGM em Langenthal Suíça



**Fonte:** SGM Clínica Langenthal, Arquivo

A Clínica SGM Langenthal é especializada em medicina psicossomática, psiquiatria e psicoterapia e tem um regime de pacientes internados e de ambulatório. Uma suposição básica do conceito terapêutico da clínica é que em

doenças mentais e físicas há sempre uma dimensão existencial e, conseqüentemente, uma dimensão espiritual na doença física. Por essa razão, é realizada a anamnese espiritual de cada paciente com a finalidade de explorar *se e como* a religiosidade ou espiritualidade determina a compreensão do paciente a respeito da doença e da cura. Caso o paciente tenha experiência religiosa ou espiritual, são definidas metas espirituais no tratamento, tais como:

- Restauração da esperança e significado apesar da doença e do sofrimento
- Fortalecimento da relação com Deus para lidar melhor com o estresse cotidiano
- Formas de perseverar em circunstâncias psicossociais difíceis
- Elaboração da raiva, frustração ou decepção em relação ao transcendente
- Compreender por que Deus permite que coisas ruins aconteçam na vida dos pacientes
- Trabalhar com a questão do perdão em relacionamentos desestruturados
- Ser mais consciente da presença e orientação de Deus na vida diária

Tais metas de tratamento espiritual são discutidas pela equipe interdisciplinar, da qual o conselheiro pastoral (capelão) é um membro ativo. Estas metas devem estar alinhadas com as outras, no sentido de evitar que entrem em conflito no tratamento. A religião e a espiritualidade podem ser usadas como uma forma de escape das circunstâncias difíceis, o que não é apoiado. Há muitos anos, a clínica vem oferecendo reuniões psicoeducacionais com foco na integração dos aspectos terapêuticos e espirituais, e enfatizando o benefício e a importância do *coping* religioso e espiritual (TEPPER *et al.*, 2001;. PARGAMENT, 1997; PHILIPS, 2002).

Além disso, a clínica oferece um grupo de discussão sobre questões espirituais, liderado pelo capelão (KEHOE, 1999; WONG-MCDONALD, 2007). Os participantes podem apresentar temas espirituais, dúvidas ou problemas relacionados com a sua doença ou situação individual. Os tópicos são discutidos no grupo e o conselheiro pastoral compartilha informações com base em sua formação espiritual. Os participantes aprendem a utilizar os seus próprios recursos espirituais, como lidar com angústias e conflitos espirituais relacionados à sua doença.

Integrar as questões espirituais na psicoterapia (PROPST *et al.*, 1992) representa uma outra forma de cuidado e suporte espiritual. Um paciente em estado hipomaniaco/psicótico se sentiu fortalecido pela presença de Deus em sua mente e seu corpo. O terapeuta discutiu esta “percepção espiritual” com o paciente durante as sessões psicoterápicas avaliando outras explicações possíveis. Outros temas que vêm surgindo na psicoterapia são sentimentos de culpa, vergonha, rejeição ou abandono pelo divino, além do trabalho em direção ao perdão e à reconciliação.

A clínica também oferece atendimento pastoral e aconselhamento para atender às necessidades religiosas e espirituais específicas dos pacientes. Isso inclui rituais e sacramentos, como por exemplo, unção com óleo ou participação na “Ceia do Senhor” (Comunhão) . O conselheiro pastoral é um membro de tempo integral na equipe interdisciplinar de cuidado espiritual, habilitado a ajudar outros profissionais de saúde no apoio espiritual ao pacientes (ver figura 3).

Por fim, há uma biblioteca para os pacientes com uma ampla gama de literatura religiosa e espiritual. Um dos livros preferidos é “Canvas of Love – Reflections on a Rembrandt”, de Henri JM Nouwen, que conta e comenta a história de dois filhos e um pai, conhecida como a parábola bíblica do filho pródigo, narrada em Lucas 15: 11-32.

## **Resumo e Conclusões**

Na literatura internacional, “cuidado espiritual interdisciplinar” já é um tema bem desenvolvido. Modelos de cuidado espiritual vem sendo discutidos (SULMASY, 2002; PUCHALSKY *et al.*, 2006; HEFTI, 2013) e aplicados em distintos contextos, como nos cuidados paliativos, doenças crônicas graves, na medicina psicossomática e psiquiatria. Puchalsky afirma: “O cuidado espiritual é um cuidado interdisciplinar” (PUCHALSKY *et al.*, 2006, p 398). No contexto brasileiro o cuidado espiritual tornou-se um tema desde 2009, principalmente nas

ciências da saúde. Modelos preliminares têm sido descritos e testadas aplicações clínicas, principalmente em instituições religiosas (LUCCHETTI, 2012a).

Um dos principais desafios do cuidado espiritual interdisciplinar é prover uma formação efetiva e uma equipe devidamente preparada. Cada membro da equipe interdisciplinar de cuidado espiritual necessita desenvolver competências básicas neste quesito. Isso inclui uma compreensão genuína do modelo de cuidado espiritual, implica em colaboração interdisciplinar com o conselheiro pastoral ou cuidador espiritual, e requer ainda, uma avaliação tanto das crenças, conflitos e necessidades espirituais quanto dos recursos espirituais do paciente. Além disso, requer conhecimento sobre as diferentes formas de expressão de fé, intervenções espirituais, limites dos profissionais e, finalmente, uma reflexão contínua sobre a própria espiritualidade.

O Congresso de Consenso publicado na Revista de Medicina Paliativa (PUCHALSKY *et al.*, 2009) oferece recomendações e diretrizes detalhadas. Outra fonte útil é o livro de Harold G. Koenig *Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What*, onde o autor descreve a integração do cuidado espiritual pelos diferentes profissionais da saúde com base em pesquisas recentes (KOENIG, 2013). Hefti (2011) traz um panorama geral sobre a integração da religião e da espiritualidade nos cuidados em saúde mental, psiquiatria e psicoterapia, e este artigo pode ser gratuitamente acessado na Revista online “Religions”.

A literatura em língua portuguesa indica a necessidade de pesquisa e reflexão sobre o papel dos capelães hospitalares no contexto do cuidado espiritual. Como mencionado no início deste artigo, o cuidado espiritual interdisciplinar exige novas habilidades e competências. O papel do capelão hospitalar torna-se duplo: por um lado ele é o especialista em cuidados espirituais que administra o cuidado espiritual e pastoral profissional; por outro lado ele tem um papel importante no ensino e apoio à equipe multidisciplinar.

Outros estudos sobre o cuidado espiritual são necessários para melhor moldar a formação profissional exigida. Tópicos chave, tais como o *coping* religioso

espiritual e conflitos espirituais necessitam ser integrados nas práticas de cuidado. A participação mais ativa da teologia e psicologia da religião poderia contribuir significativamente para o desenvolvimento do cuidado espiritual no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AURELIANO, W. A. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad. saúde colet.**, vol.21, n.1, p. 18-24, 2013.
- BALBONI, T.A. et al. Provision of Spiritual Care to Patients with Advanced Cancer: Associations with Medical Care and Quality of Life Near Death. **Journal of Clinical Oncology**, 28, 4 p. 445-452, 2010.
- BAY, P.S. et al. The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: A randomized controlled study. **J. Relig. Health**, New York, v. 47, p. 57-69, 2008.
- BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.689-696, 2012.
- BENKO, M.A. & SILVA, M.J.P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação / Thinking about spirituality within nursing undergraduate program / Pensando en la espiritualidad en la enseñanza de pre-grado, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 71-85, 1996.
- BRITO, F. M. et al. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem / Spirituality in imminent death: strategy utilized to humanize care in nursing. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 483-9, 2013.
- CALDEIRA, S. Cuidado Espiritual – Rezar como intervenção de enfermagem / Spiritual Care – Prayer as a nursing intervention / Cuidado Espiritual – Rezar como intervención de enfermagem, **CuidArte Enfermagem**. FIPA, Catanduva, v. 3, n. 2, p. 157-164, 2009.
- CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. **Achieving Improved Measurement (AIM) Program**. Ottawa, Canada, K1G 5L1. Sections 13.3 & 14.9. 1999.
- CUMMINGS J.P., PARGAMENT K.I.. “Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions”. **Religions**, Basel, v. 1, n. 1, p. 28-53, 2010.
- DAALEMAN, T. P.; NEASE, D. E. Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. **Journal of Family Practice**, New York, v. 39, p. 564–568, 1994.

EHMAN, J.W. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 159, p. 1803–1806, 1999.

ELIAS, A. C. A. et al. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 60-72, 2007.

ELLIS, M.R., VINSON, D.C. ; EWIGMAN, B.. Addressing spiritual concerns of patients: Family physicians' attitudes and practices. **Journal of Family Practice**, New York, v. 48, p. 105–109, 1999.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 196, n. 4286, p. 129-36, 1977.

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 805-832, jul./set. 2014.

ESPERANDIO, M.R.G. I Heard the Voice, I Felt the Presence. Prayer, Health and Implications for Clinical Practice. **Religions**, 2015, 6, p. 670–685.

ESPERANDIO, M.R.G. Rev. Prayer and Health. A Portuguese Literature Review. **Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 51-66, jan./abr. 2014

ESPINHA, D.C.M. et al. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade / Opiniones de los estudiantes de enfermería sobre la salud, la espiritualidad y la religiosidad, **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, 2013.

EUROPEAN NETWORK OF HEALTH CARE CHAPLAINCY. Available at: <[http://enhcc.eu/turku\\_standards.htm](http://enhcc.eu/turku_standards.htm)>. Accessed: 10 oct 2015.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro, **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FRANCISCO, D. P. et al. Contributions of the chaplaincy service to the care of terminal patients. **Texto contexto - enferm.**, Porto, v.24, n.1, p. 212-219, 2015.

FRANKL, V.E.. The spiritual dimension in existential analysis and logotherapy. **Journal of Individual Psychology**, Austin, v. 15, p. 159-164, 1959.

FRANKL, V.E.. **Men's search for meaning**. Washington Square Press, 1984.

FLANNELLY, K.J. et al. Department directors' perceptions of the roles and functions of hospital chaplains: A national survey. **Hospital Topics**, Washington, v. 83, p. 19-27, 2005.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. C. Comfort from the perspective of families of people hospitalized in the Intensive Care Unit. **Texto contexto - enferm.**, Porto, v. 21, n. 4, p. 896-904, 2012.

GENTIL, R. C.; GUIA, B. P.; SANNA, M. C.. Organization of Hospital Chaplaincy Services: a bibliometric study. **Escola Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 162-170, jan-mar. 2011.

HEFTI, R. Integrating Spirituality into Therapy. In: HUGUELET, P.; KOENIG, H. (ed.). **Religion and Spirituality in Psychiatry**. New York: Cambridge University Press, p. 244-267, 2009.

HEFTI, R. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. **Religions**, Basel, v. 2, n. 4, p. 611-627, 2011.

HEFTI, R. The Extended Biopsychosocial Model: A whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. **Psyche & Geloof**, Zoetermeer, v. 24, p. 119–29, 2013.

ILER, W.L.; OBENSHAIN, D.; CAMAC, M. The impact of daily visits from chaplains on patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Chaplaincy Today**, Schaumburg, v. 17, n.1, p. 5-11, 2001.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). **CAMH Refreshed Core**, January, RI1, 1998.

KEHOE, N.C.. A therapy group an spirituality issues for patients with chronic mental illness. **Psychiatric Services**, Washington, v. 50, p. 1081–1083, 1999.

KING, D.E.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospitalized patients about faith healing and prayer. **Journal of Family Practice**, New York, v. 39, p.349–352, 1994.

KOENIG, H.G. Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 13, p. 213-224, 1998.

KOENIG, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H.G.. Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What. Third Edition. **Templeton Foundation Press**, Philadelphia, 2013.

KOENIG, H.G., KING D.E., CARSON V.B. **Handbook of religion and health, second edition**. New York: Oxford University Press, 2012.

KRISTELLER, J.L., ZUMBRUN, C.S., SCHILLING, R.F. I would if I could: How oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. **Psycho-Oncology**, New York, v. 8, p. 451–458, 1999.

LUCCHETTI, G. et al. Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil: Integration of Conventional Psychiatric Treatment and Spiritual Complementary Therapy. **Cult Med Psychiatry**, Dordrecht, v. 36, p. 124–135, 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Exploring the acceptance of religious assistance among patients of a psychiatric hospital. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 59, n. 4, p. 311 –317, 2012.

MASTERS, K.S. et al. Religious orientation, aging, and blood pressure reactivity to interpersonal and cognitive stressors. **Annals of Behavioral Medicine**, Knoxville, v. 28, p. 171-178, 2004.

MESQUITA, A.C. et al. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería - The spiritual well-being and the provision of spiritual care in a nursing staff. **Index de Enfermería**, Granada, v. 23, n. 4, 2014.

MOADEL, A. et al. Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. **Psycho-Oncology**, New York, v. 8, p. 378–385, 1999.

MOHR, S. et al. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 163, p. 1952–1959, 2006.

MONOD, S.M. The Spiritual Distress Assessment Tool: An instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. **BMC Geriatric**, 10: 88, 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-10-88.pdf>. Accessed in October, 10th, 2015.

MONTEIRO, A. C. M. et al. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos /Nurses' work with children with cancer: palliative care. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 778-83, 2014.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia / Cuidado espiritual: componente esencial de la práctica de la enfermera pediátrica en la oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 3, 2010.

PAAL, P.; P.; HELO, Y.; FRICK, E. Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review. **J Pastoral Care Counsel**. v. 69, March 2015. p. 19-30.

PARGAMENT, K. **The psychology of religion and coping**: Theory, research, and practice. New York: Guilford Press, 1997.

PENHA, R. M. ; SILVA, M. J. P.. Meaning of spirituality for critical care nursing. **Texto contexto - enferm.**, Porto, v. 21, n. 2, p. 260-268, 2012.

PESSINI L, BERTACHINI L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 29, n.4, p. 491-509, 2005.

PHILLIPS, R.S., LAKIN, R. & PARGAMENT, K.. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 38, p. 487–496, 2002.

PONTE, K. M. A. et al. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 666-673, 2012.

PROPST, L.R.; OSTROM, R.; WATKINS, P.; DEAN, T.; MASHBURN, D.. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Arlington, v. 60, p. 94-103, 1992.

PUCHALSKI, C.M.; ROMER A.L.. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 3, p. 129–37, 2000.

PUCHALSKI, C.M.; LUNSFORD, B.; HARRIS, M.H. & MILLER, T. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: A collaborative model. **Journal of Cancer**, Sudbury, v. 12, p. 398 – 416, 2006.

PUCHALSKY, C.M. et al. D. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 12, n. 10, p. 885 – 904, 2009.

REED, P.G.. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and non-terminally ill hospitalized adults and well adults. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 4, p. 122–128, 1991.

ROESE, A. A abordagem feminista do cuidado espiritual e psicoterapêutico. **Estudos Teológicos**, Coimbra, v. 50, p.288 – 305, 2010.

SATHLER-ROSA, R. Cuidado espiritual como fator de integralidade (saúde) do Ser: funções históricas do cuidado na tradição judaico-cristã. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 6, n. 1, jan./abr. 2014.

SCHMIDT, T.; ADAMI, S. Depression und Glaube – eine qualitative Studie an der Universität Freiburg. **Diplomarbeiten**, Wien, 2008.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 738-744, 2011.

SOUZA, R. C.; CALDAS, N.M. Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosidade para profissionais de saúde na família em Ilhéus – Bahia, **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá-PR, v. 8, n. 3, p.460-468, 2009.

SOUZA, J.R, MAFTUM, M.A., MAZZA, V.A. The nursing care in the spiritual dimension: undergraduates' experience / O cuidado de enfermagem na dimensão espiritual: vivência do estudante de graduação. **Online Brazilian Journal of Nursing** . Niterói (RJ), v. 8, n. 1, 2009. Available from:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2127/466>>. Access: 2015 Oct 31.

SULMASY, D.P. et al. The quality of mercy: Caring for patients with do not resuscitate orders. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 267, p. 682–686, 1992.

SULMASY, D.P.. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients. **Western Journal of Medicine**, San Francisco, v. 175, n. 4, p. 251–254, 2001.

SULMASY, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. **Gerontologist**, Cary, v. 42, n. 3, p. 24-33, 2002.

TEPPER, L. et al. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. **Psychiatric Services**, Washington, v. 52, n. 5, p. 660–665, 2001.

WONG-MCDONALD, A. Spirituality and psychosocial rehabilitation: empowering persons with serious psychiatric disabilities at an inner-city community program. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Boston, v. 30, p. 295-300, 2007.