



INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS

Integration of Spirituality in Health Care: Theoretical-Epistemological Considerations

Vanessa Roberta Massambani Ruthes *

RESUMO: Este ensaio tem como objetivo compreender a gênese e a formação dos modelos de cuidado em saúde que culminaram com a proposição do modelo biopsicossocioespiritual. Para tanto, realiza-se uma incursão histórico-teórica por meio do método do *realismo materialista aberto* e de autores que consideram que a relação saúde-doença-cuidado surge como uma resposta às necessidades histórico-sociais das populações. São apresentados os princípios epistemológicos que constituíram os modelos de assistência/cuidado que culminam com a proposição do modelo biopsicossocioespiritual. Conclui-se o estudo apresentando os princípios do Cuidado Espiritual Interdisciplinar como uma proposta teórico/prática viável para a efetiva integração da espiritualidade nos cuidados em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Espiritualidade. Cuidado Espiritual.

ABSTRACT: This essay aims to understand the genesis and the models of healthcare education whose apex is the biopsychosocial-spiritual model. For this purpose, a historical and theoretical incursion was carried out, based on the method of 'open materialistic realism', and on authors who believe that the relationship between health-illness care is an answer to people's historical and social needs. The article also presents the epistemological values of the different assistance/care models, which led to the biopsychosocial-spiritual one. It concludes by presenting the Interdisciplinary Spiritual Care model as a feasible theoretical and practical proposal for the effective inclusion of spirituality in healthcare.

KEYWORDS: Health. Spirituality. Spiritual Care.

* Instituto Superior do Litoral do Paraná, Paranaguá, Paraná, Brasil e Centro Universitário Internacional, Curitiba, Paraná, Brasil.

Introdução

As discussões e as pesquisas acerca da integração entre a espiritualidade/religiosidade e a saúde, como também desta nos processos de cuidado, vêm ampliando, nos últimos vinte anos, os horizontes reflexivos e a produção científica (KOENIG, 2011; LUCCHETTI e LUCCHETTI, 2014). Vários estudos buscam demonstrar quais relações podem ser estabelecidas entre os impactos no tratamento de saúde e a vivência de uma espiritualidade/religiosidade (LUCCHESI; KOENIG, 2013, p. 116-117; MOREIRA-ALMEIDA, 2012, p. 40; SAWATZKY *et al.*, 2005, p. 187-188).

Segundo Koenig (2011), entre os anos de 2000 e 2010 houve um crescimento exponencial no número de artigos publicados sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde, superando toda a produção anteriormente realizada (KOENIG, 2011, p. 15). Lucchetti e Lucchetti (2014), em um levantamento bibliométrico, analisando o período entre 1999 a 2013, corroboram esse diagnóstico e acrescentam a importância da ampliação da produção brasileira sobre o tema (LUCCHETTI e LUCCHETTI, 2014, p. 212). Atualmente, o país está ocupando o quinto lugar na produção de artigos sobre espiritualidade/religiosidade e saúde nas áreas de medicina, enfermagem e psicologia (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016, p. 56).

Segundo Koenig (2011, p. 14-22), a produção acadêmica acerca da relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde pode ser classificada em três grandes grupos: o da saúde mental, que irá estudar o impacto e os desdobramentos da espiritualidade/religiosidade sobre as emoções consideradas positivas e negativas¹; o da saúde social, que abordará questões relacionadas ao comportamento humano frente às relações sociais e o consequente impacto destas em questões relacionadas à saúde pública; e o grupo da saúde física, que abordará as evidências relacionadas à baixa mortalidade e/ou ao melhoramento da qualidade de vida de pessoas com práticas espirituais/religiosas.

No que tange aos resultados das pesquisas, é interessante perceber que em sua maioria apresentam resultados positivos, seja sobre a utilização da espiritualidade/religiosidade por parte dos pacientes ou pela integração da espiritualidade/religiosidade nos cuidados em saúde.

Na área da saúde mental, por exemplo, 75% dos estudos analisados por Koenig (2011) trazem evidências de uma contribuição positiva em pacientes que passaram por tentativas de suicídio. No que tange às pesquisas referentes ao abuso de drogas, o percentual muda para 95% (KOENIG, 2011, p. 14,18).

¹ São consideradas por Koenig (2011) emoções positivas: esperança, otimismo, autoestima, sentido e propósito na vida. As emoções negativas são: depressão, ansiedade e comportamentos delas derivados como abuso de álcool, drogas e tentativas de suicídio (KOENIG, 2011, p. 14-19).

Na área de saúde social, as pesquisas afirmam que ter uma maior vivência espiritual/religiosa denota uma melhor qualidade de vida e um comportamento mais saudável. Isso faz com que as pessoas tenham uma adesão maior a campanhas de prevenção a doenças (SAWATZKY *et al.*, 2005, p. 187; KOENIG, 2011, p. 20-21).

No que diz respeito à saúde física, apesar de estudos já mencionarem menor taxa de mortalidade em pacientes com práticas de espiritualidade/religiosidade (CHIDA *et al.*, 2009, p. 89), a maior incidência de pesquisas e conclusões está relacionada a comportamentos que podem ou não levar ao desenvolvimento de doenças e ao tratamento destas. Os resultados obtidos variam conforme a morbidade estudada, mas, em linhas gerais, são mais favoráveis, promovendo melhor resposta ao tratamento, qualidade de vida e, por vezes, a geração de saúde (KOENIG, 2011, p. 22-23).

Tendo em vista essa tendência positiva da integração entre a espiritualidade/religiosidade e saúde é que Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) salientam que “diversas instituições já reconhecem a importância da integração da espiritualidade/religiosidade nos cuidados em saúde para o desenvolvimento de uma boa prática clínica” (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016, p. 56).

Contudo, antes de discorrer acerca não só da importância dessa integração, mas de como ela pode ser viabilizada de forma prática, é necessário realizar alguns questionamentos frente ao cenário aqui apresentado. Qual é o motivo para que essa ampliação no interesse pela integração espiritualidade/religiosidade e saúde acontecesse nos últimos vinte anos? Quais foram as mudanças e em quais campos elas ocorreram, para que essa demanda na área da saúde se tornasse uma realidade tão efetiva? Quais seriam os modelos de cuidado possíveis para se pensar a integração com a espiritualidade/religiosidade?

Com base nessas indagações, que relacionam saúde, cuidado e contexto histórico-social, buscou-se um referencial metodológico para auxiliar no itinerário da reflexão. Para tanto, o realismo materialista aberto se mostrou como método útil e adequado justamente por inscrever a existência na primazia da realidade (SAMOUR, 2002, p. 126). Essa realidade, de caráter material – mas fundamentada em um princípio de abertura à transcendência – se configura e se atualiza a partir da atividade humana de transformação (ZUBIRI, 2006, p. 17).

Nesse sentido, a realidade tem um caráter histórico e é considerada um processo que envolve a transformação dos recursos naturais em possibilidades, que são os modos de ser e estar na realidade (ZUBIRI, 2006, p. 26). Em outras palavras, é a ação humana que viabiliza a realização dos atos, fatos ou construtos por meio dos recursos que estão ao alcance.

Essas realizações se dão segundo determinados padrões que envolvem a organização social, política, o conjunto de crenças e valores como também o conjunto de conhecimentos científicos até então adquiridos. As mudanças desses padrões somente são possíveis quando o ser humano descobre formas inovadoras de converter recursos em possibilidades e inaugurar novos períodos ou épocas históricas (ZUBIRI, 2006, p. 25).

Assim, com base nessa abordagem, realiza-se uma incursão histórica com vistas a compreender como foram engendrados os diferentes modelos de assistência/cuidado à saúde. Em seguida, é apresentada a estrutura propositiva de três modelos de cuidado vigentes, a saber: o biomédico, o biopsicossocial e o biopsicossocioespiritual. Conclui-se o estudo destacando o Cuidado Espiritual como uma proposta prática para a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde.

1 Para um histórico da relação saúde-doença-cuidado

Ao longo da história, foram sendo desenvolvidas diferentes explicações sobre o processo saúde-doença e, conseqüentemente, sobre as formas de abordá-lo. Segundo Oliveira e Egry (2000, p. 10), as concepções acerca do processo saúde-doença estão relacionadas a uma resposta às necessidades histórico-sociais das populações.

Essa concepção de análise histórica ligada mais ao “vir a ser” do ser humano – que busca constantemente novas possibilidades de vida – e menos às condições geopolíticas, propicia o desenvolvimento de um olhar diferenciado para a análise das relações saúde-doença-cuidado. Pode-se perceber de forma explícita a busca pela preservação, conservação e promoção da vida e da saúde. Principalmente se, nesse momento, o cuidado for entendido como um conjunto de recursos, de medidas terapêuticas e de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito do tratamento de determinada doença (AYRES, 2006, p. 55).

Gracia (2010) analisa as diferentes formas de como a relação saúde-doença-cuidado foi se moldando no devir da história. Para ele, em diferentes tempos históricos, ou seja, em diferentes configurações políticas, sociais, culturais e científicas, essa relação foi sendo modificada e adaptada às necessidades (GRACIA, 2010, p. 37).

Nesse sentido, identifica quatro períodos históricos: o primeiro é a época pré-histórica; o segundo ele denomina de sociedade agrícola, que reúne em si o período que vai desde a antiguidade arcaica até o século XVIII; o terceiro é a sociedade industrial que tem seu início na primeira Revolução Industrial e finda com a segunda Revolução Industrial em meados do

século XX, quando se inicia o que ele chama de sociedade pós-industrial, que se constitui no quarto período (GRACIA, 2010, p. 38).

Assim, ao analisar o período pré-histórico, no qual o ser humano apresentava uma capacidade reduzida de transformar os recursos naturais, tem-se que as atividades estavam ligadas à subsistência. Os estudos demonstram que sua alimentação era precária, sofria com a desnutrição e, tendo em vista a atividade da caça, também com ferimentos e fraturas. Os processos de cuidado eram elementares, aproximando-se de um exercício experimental deste por meio da utilização de ervas com finalidade medicinal. Posteriormente, com o aparecimento da prática de ritos religiosos entre alguns povos pré-históricos, esse caráter empírico do cuidado passou a coexistir com outro de caráter religioso (GRACIA, 2010, p. 40).

Essa coexistência, entre a dimensão religiosa e a empírica, tem vários desdobramentos. A dimensão religiosa “atribuía à enfermidade um estatuto de causa única e de entidade, sempre externa ao ser humano com existência própria” (CANGUILHEM, 2014, p. 11). Já a empírica, por sua vez, considerava a doença o resultado do desequilíbrio ou da desarmonia entre os princípios ou as forças básicas da vida, e o cuidado era a busca do reequilíbrio. Em outras palavras, a doença era entendida como uma reação generalizada com intenção de cura.

No período conhecido como sociedade agrícola, as relações saúde-doença-cuidado sofrem uma grande influência da coexistência entre o religioso e o empírico. Tendo em vista as mudanças patológicas, próprias das alterações das condições de vida e estrutura social, principalmente no que tange à vida sedentária e à organização das cidades, configurou-se um modelo de assistência/cuidado. É importante ressaltar que nesse período houve, por um bom tempo, uma valorização do cuidado entendido como religioso. Contudo, principalmente a partir do século XVI, esse tipo de cuidado passa a perder influência para o empírico. Mas, como afirma Gracia (2010, p. 42), “em todo caso, convém não esquecer que os hospitais foram instituições religiosas até bem entrado o mundo moderno”.

Essa estrutura da relação saúde-doença-cuidado, que se formou na sociedade agrícola, nos possibilita inferir algumas características. Dentre elas, temos que as relações de cuidado eram muito próximas da religiosidade e, muitas vezes, até se confundiam com práticas da mesma. Isso, de forma idêntica, possibilita intuir que a visão antropológica era baseada em critérios de fé. E por ter sido criado à imagem e semelhança de Deus, e resgatado pelo mistério salvífico de Cristo, o ser humano somente podia ser entendido frente à sua perspectiva de sacralidade (ÁLVAREZ, 2013, p. 217). Tendo em vista essa questão, o tratamento e o cuidado estavam direcionados à pessoa enferma e não apenas à doença que ela tinha.

Os estudos de Foucault (1992, p. 101-102) corroboram essa reflexão. Em suas análises sobre o surgimento da estrutura hospitalar, o autor afirma que antes do século XVIII o hospital era um local no qual a pessoa recebia os últimos cuidados, tanto físicos e materiais quanto espirituais. A função dos cuidados em saúde estava diretamente relacionada à transição entre a vida e a morte, como também com a salvação espiritual.

Entretanto, essa concepção já começa a sofrer profundas mudanças no século XVIII, quando a sociedade passa a encontrar novas formas de transformar os recursos naturais em possibilidades por meio da expansão industrial. A estrutura social foi reconfigurada e, devido às condições insalubres dos subúrbios das cidades, surgiram importantes problemas sanitários, como epidemias de tuberculose, cólera, tifo e varíola. Outra questão a ser ressaltada são os acidentes de trabalho que ocorriam com frequência nas indústrias (GRACIA, 2010, p. 43).

Nesse mesmo período histórico, o surgimento e a expansão da chamada ciência moderna, que fora financiada por toda a economia liberal, impacta de forma expressiva o processo saúde-doença-cuidado. Os hospitais, vinculados ou não à estrutura acadêmica das Universidades, deixam de ser centros de caridade e passam a ser vistos como centros de assistência que visa à cura de doenças e à produção de conhecimento científico (GRACIA, 2010, p. 44).

Sob a influência do racionalismo cartesiano, da neutralidade e do universalismo positivista, o saber científico, nesse período histórico, passa por um processo de reconfiguração metodológica (ARAÚJO, 2010, p. 16, 183). Nas ciências ligadas à vida, essa influência se caracteriza por meio da segmentação, da especialização do saber científico. Como afirma Foucault (1992, p. 17), a atividade clínica passa a ser ao mesmo tempo “um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação, em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma ciência positiva”.

O propósito era conhecer de forma mais profunda a estrutura física do corpo humano (anatomia) e o seu funcionamento (fisiologia) e realizar uma classificação de diversas doenças (patologia). Mister é salientar que essa alteração “colaborou de forma expressiva com o aumento do saber científico e o desenvolvimento de tecnologias em saúde” (BARROS, 2002, p. 73).

Essa alteração no processo de produção do conhecimento alterou também o seu *status* anterior. Evans e Stoddart (1990) afirmam que, com a aplicação de métodos reducionistas, foi eleito um novo representante para a tradução de todo o conhecimento que viabilizasse o controle de doenças. Nessa perspectiva, a assistência já não era voltada para a pessoa como um ser integral, mas poderia ser mais bem definida como uma assistência à doença (EVANS; STODDART, 1990, p. 1353). Tal concepção é corroborada

por Luz (2013, p. 83), quando afirma que o desenvolvimento da ciência moderna tornou possível o deslocamento epistemológico de um processo de cuidar de pessoas doentes, para tratar de doenças.

Na primeira metade do século XX, com o advento da segunda Revolução Industrial, que impulsionou uma economia sustentada no consumo, ocorreram várias mudanças no campo da assistência à saúde. Esta passa a ser considerada como um bem de consumo e conseqüentemente identificada como estado de “bem-estar” (GRACIA, 2010, p. 45). A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, aderindo a esse contexto, define a saúde como: “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (SCILAR, 2007, p. 37).

Essa concepção de saúde é original tendo em vista que desde os tempos hipocráticos jamais alguém havia identificado saúde com bem-estar (GRACIA, 2010, p. 69). Segundo Terris (1992), é nesse sentido que o médico e historiador canadense Henry Sigerist definiu as quatro tarefas essenciais para o processo do cuidar: a promoção à saúde, ou seja a educação para a aquisição de hábitos de vida mais saudáveis; a prevenção das doenças; o tratamento dos doentes; e a reabilitação dos que tiveram sequelas (TERRIS, 1992, p. 38). Assim, poder-se-ia afirmar que há uma expansão da relação saúde-doença-cuidado tendo em vista que esta já não se limita somente à busca da cura de doenças, mas à promoção do bem-estar integral das pessoas.

A partir dessa mudança de concepção, que torna o cenário da saúde mais amplo e complexo, o processo da construção do conhecimento em saúde passa por um momento de crise. A fundamentação cartesiana e positivista da especialização e da neutralidade científica não segmentou apenas o saber produzido, mas o contexto e o sujeito estudado. Segundo Morin (2013, p. 560), as mentes formadas por esse paradigma perdem suas aptidões naturais no que tange à contextualização e à integração dos saberes.

Dessa forma, desde a segunda metade do século XX, iniciou-se um processo de reflexão acerca de uma nova forma de se pressupor a produção científica em saúde que incorporasse conhecimentos e práticas de diversas áreas: ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais e culturais, fomentando o que se denomina de interdisciplinaridade (GOMES; DESLANDES, 1994, p. 108). Esta pode ser definida como um método que visa à interação de uma ou mais especialidades (disciplinas), em um contexto de estudo coletivo, que passam a ser modificadas, gerando interdependência, o que resulta em um enriquecimento conceitual e em uma transformação metodológica (VILELA; MENDES, 2003, p. 528).

Segundo Japiassú (1981, p. 81), a interdisciplinaridade constitui-se como uma nova etapa do conhecimento científico e de sua classificação episte-

mológica. Mas para que isso aconteça, verdadeiramente, é “imprescindível a complementariedade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas”. Assim, nesse contexto de transição epistemológica, os modelos assistenciais objetivam proporcionar o bem-estar ao ser humano, baseando-se em uma metodologia de integração das diferentes especialidades (saberes) envolvidos no processo de cuidar.

Contudo, tendo em vista que o conceito de bem-estar tem variações de ordem cultural, geográfica, econômica, dentre outras, foi necessário determinar alguns parâmetros para este. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1998, com o lançamento do World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life (WHOQOL), um instrumento de mensuração da qualidade de vida que fora desenvolvido simultaneamente e de forma interdisciplinar em 19 centros de pesquisa em todo o mundo – estabelece critérios de avaliação (FLECK, 2000, p. 34). Estes têm diferentes temas que são classificados em domínios que contemplam de forma integrativa uma visão global da qualidade de vida e da saúde (WHO, 2002).

Dentre esses domínios aparece pela primeira vez em um documento oficial da OMS a relação entre bem-estar, expresso pela questão da qualidade de vida, e aspectos relativos à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Segundo Fleck (2000), essa inserção feita em 1998 está relacionada à preocupação e à valorização crescente sobre a relação dessa dimensão com a saúde, a qual, como afirma Koenig (2011), posteriormente irá ter um crescimento surpreendente.

2 Os modelos de assistência/cuidado em saúde

O panorama histórico da relação saúde-doença-cuidado permite identificar que em diferentes épocas existiram diferentes modelos assistenciais/cuidado em saúde. Estes devem ser entendidos a partir da forma como são sistematizadas as ações de atenção à saúde, tanto no que diz respeito aos aspectos tecnológicos quanto terapêuticos. Em outras palavras, eles são “uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade” (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 27).

Eles respondem às necessidades e ao conjunto valorativo dos tempos históricos (MERHY, 2002) passando, portanto, por mudanças conforme transformações provenientes do processo de conversão de recursos em possibilidades. Na seção anterior, ao analisar o histórico da relação saúde-doença-cuidado, percebe-se que, com base na situação sanitária e do

conjunto de possibilidades de técnicas, diferentes modelos de assistência/cuidado foram sendo estruturados.

No século XIX, com a Revolução Industrial, os modos de organização da saúde passam por várias modificações devido à dinâmica histórica e ao desenvolvimento tecnocientífico das ciências da saúde. Três grandes modelos podem ser identificados: o biomédico, que se fundamenta na especialização do saber e na cura de doenças; o biopsicossocial, que amplia seu enfoque de cuidado visando ao bem-estar da pessoa e buscando uma integração dos saberes; e o biopsicossocioespiritual, que propõe uma integração da espiritualidade/religiosidade na dimensão do cuidado, também por uma ótica interdisciplinar.

2.1 O modelo assistencial/cuidado biomédico

No século XVIII, como apresentado na seção anterior, as condições sanitárias sofreram uma alteração devido à reconfiguração da estrutura social das cidades ocasionada pela Revolução Industrial. A situação de morbimortalidade² era caracterizada pela predominância de doenças infectocontagiosas (GRACIA, 2010, p. 44). Os esforços no campo da saúde foram os de controlar e fazer desaparecer os surtos epidêmicos. Os avanços nas pesquisas sobre os microrganismos feitas por Koch e Pasteur, como também avanços na área da imunologia, promoveram uma mudança acerca da ideia de saúde (BARROS, 2002, p. 72). Como afirma Foucault (1977, p. 11), toda uma reorganização da assistência à saúde e uma nova definição de estatuto da doença foram necessárias.

Essa reconfiguração foi profundamente influenciada pelo racionalismo cartesiano e pelo universalismo positivista, dos quais se originam os elementos referenciais que fundamentam a prática assistencial do modelo biomédico. Esses elementos foram sistematizados no Relatório Flexner, publicado em 1910 (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 494).

O primeiro deles é o biologicismo, ou seja, a concepção de que as doenças e sua cura estão relacionadas apenas a questões de ordem biológica (FLEXNER, 1910, p. 53). Deste descende o individualismo, a compreensão de que o objeto de cuidado é um indivíduo ao qual não estão relacionadas as dimensões socioambientais e históricas (FLEXNER, 1910, p. 57).

Outro elemento é o mecanicismo, que desde a noção de causalidade explica o processo do adoecer e da cura (FLEXNER, 1910, p. 54), bem

² É um conceito que une em si o de morbidade (presença de determinada enfermidade em uma população específica) e de mortalidade (índice estatístico de mortes em uma mesma população). Assim, morbimortalidade refere-se aos índices de mortalidade referentes a doenças específicas em populações particulares.

como também salienta a importância da fragmentação e especialização do processo do conhecer. O corpo humano é um mecanismo complexo, sendo necessário fracioná-lo em diferentes partes para que possa ser conhecido em profundidade (FLEXNER, 1910, p. 61).

Nesse sentido é que a tecnificação da saúde passa a ter um papel de grande valor, pois, ela é que dá a assertividade no processo de diagnóstico e terapêutica (FLEXNER, 1910, p. 55). Isso garante que a finalidade última almejada seja alcançada: a cura (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 73).

Esse paradigma passará a sofrer fortes críticas em meados do século XX, tendo em vista um processo de transição epidemiológica. Houve uma alteração na situação de morbimortalidade do século XIX, com a gradual diminuição das doenças infectocontagiosas e com o aumento das de origem cardiovascular, degenerativas e neoplásicas.

Com essa mudança, alguns elementos essenciais do modelo biomédico entram em crise. Um exemplo é o mecanicismo, pois, “com o desenvolvimento da noção de risco, de exposição e suscetibilidade, uma causa atuando sobre um corpo nem sempre vem a produzir o efeito esperado”. Outro é o biologicismo, que pressupõe um novo padrão epidemiológico no qual há doenças não transmissíveis e que essas dependem de um fator de risco quase sempre associado a questões socioambientais. Nesse sentido, o grande enfoque do processo terapêutico passa da cura da enfermidade para sua prevenção (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 74).

Outras limitações ainda podem ser pontuadas, principalmente no que tange à relação entre o curativismo e a técnica, um destes é a obstinação terapêutica, quando em busca da cura, apesar de um prognóstico negativo, aplicam-se diferentes formas de tratamento. Tal ação tem um efeito “mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis” (LIMA, 2006. p. 80).

Com esse tipo de abordagem clínica há apenas o prolongamento do sofrimento. Desse aspecto descende outro: a objetivação do sujeito. Este percebido em sua dimensão corpórea, desde sua natureza biológica e de uma perspectiva mecanicista, acaba sendo despersonalizado. O saber especializado/fragmentado o considera um objeto de estudo e desconsidera sua constituição psicológica, valores, relações, história, ambiente em que vive (JONAS, 2013, p. 158).

Dessa maneira, o modelo biomédico, apesar de historicamente ter sistematizado um processo de atenção à saúde que atendesse as necessidades de sua época, passa por um processo de reconfiguração. Percebe-se que a dimensão biológica é apenas um dos fatores de risco para o processo do adoecimento e que outros fatores, como o psicossocial, por exemplo, têm

igual influência sobre a saúde. Com isso há um deslocamento da ênfase na cura para a prevenção das doenças e a promoção da saúde que começa, paulatinamente, a ser entendida de outra forma (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004, p. 580).

2.2 Modelo de assistência/cuidado biopsicossocial

Apesar de na comunidade médica haver certo entendimento de que a saúde deveria ser entendida como a ausência de doença, em meados do século XX ainda não havia um conceito universalmente aceito. Para tanto, seria necessário que este fosse elaborado a partir do consenso entre as nações por meio de um organismo internacional. Isso se tornou possível após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta, em 1948, divulgou uma carta de princípios que define a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCILAR, 2007, p. 37).

Essa definição recebeu inúmeras críticas, pois ainda se encontra inserida nos limites do modelo biomédico, tendo em vista seu fundamento positivista. Segundo Segre e Ferraz (1997), ela não revela a real situação e a complexidade do ser humano, pois não é possível “falar em ‘perfeito bem-estar social’. Entende-se que, para fins de estatísticas de saúde, as formas de ‘avaliação externa’ sejam necessárias; não seria [praticável] ‘qualitativar-se’ esse tipo de mensuração” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539). Desse modo, o estado completo de bem-estar constitui uma idealização marcada por um profundo subjetivismo. Em outras palavras, não é possível definir objetivamente o que significa esse estado.

Contudo, é inegável que a definição da OMS amplia consideravelmente as perspectivas de visão em relação às práticas assistenciais, principalmente no que diz respeito a dois aspectos: ela não mais restringe o campo da saúde em termos de afecções ou enfermidades; e ela insere a questão social como uma das suas dimensões. No entanto, apenas na década de 1970 é que surgem as primeiras estruturações do modelo biopsicossocial.

Em 1974, é publicado o documento *A New Perspective on the Health of Canadians* do Ministério da Saúde do Canadá, coordenado por Marc Lalonde. Este pesquisador tinha como objetivo estruturar um novo modelo de assistência à saúde. Para tanto, foi elaborado um mapa conceitual tendo por base quatro elementos que foram identificados como essenciais por meio de “um exame das causas e dos fatores subjacentes à doença e à morte [...] e de uma avaliação das partes que os elementos influenciam no nível de saúde” (LALONDE, 1974, p. 31). Esses elementos são: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde.

Para o autor, o primeiro elemento compreende a herança genética e os processos biológicos relacionados à vida, inclusive os fatores de envelhe-

cimento. O segundo inclui todos os assuntos relacionados à saúde que são externos ao corpo humano, como questões relacionadas ao solo, à água, ao ar, à moradia. O terceiro, o estilo de vida, é aquele do qual resultam as decisões que afetam positivamente ou negativamente a saúde. Por fim, o quarto elemento, que não é composto apenas de uma estrutura de serviços de saúde, mas também de todo um aparato complementar de infraestrutura sanitária (LALONDE, 1974, p. 31-32).

Em 1977, o psiquiatra norte-americano George Engel, em um artigo publicado na Revista *Science*, é o primeiro a estruturalmente abordar a ideia de um modelo assistencial/cuidado que tenha como pressuposto as dimensões biológica, psicológica e social simultaneamente. Ele não negou os importantes avanços promovidos pelo modelo biomédico, mas teceu uma série de considerações demonstrando a fragilidade científica deste (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN e EPSTEIN, 2004, p. 576).

O autor faz três críticas fundamentais:

1. Afirma que a objetivação do ser humano, própria do biologicismo e do mecanicismo, descartava as questões psicológicas, biográficas e ambientais da pessoa que afirmava ter efeitos fisiológicos e de desenvolvimento no organismo (ENGEL, 1977, p. 130).
2. Afirma que no processo terapêutico apenas são considerados os aspectos materialista e reducionista da prática clínica, desconsiderando a dimensão humana do sofrimento (ENGEL, 1977, p. 130).
3. A neutralidade científica evocada pelo modelo biomédico não é viável, pois, há a necessidade de inclusão da dimensão humana do profissional de saúde e do doente como parte do estudo científico (ENGEL, 1977, p. 131).

Assim, uma alteração biológica não se traduz necessariamente em uma doença, tendo em vista que esta é resultante de diversos fatores incluindo aqueles nos níveis molecular, individual e social. Para ele, na dinâmica da evolução das doenças as variáveis psicossociais são determinantes importantes no processo terapêutico, bem como a relação profissional de saúde-paciente (ENGEL, 1977, p. 131). Nesse sentido é que ele ressalta que as fronteiras entre saúde e doença nunca estão claras, pois, estão difundidas entre questões culturais, sociais e psicológicas (ENGEL, 1977, p. 132).

Essa compreensão mais ampliada do ser humano e do processo saúde-doença-cuidado possibilitou a percepção da necessidade de uma abordagem diferenciada frente aos desdobramentos da finitude, próprios do sofrimento humano. Esta não se expressa apenas por meio dos aspectos próprios das dimensões biológica, psicológica e social, mas principalmente no que tange à dimensão da interioridade humana, ou seja, “suas elaborações de caráter metafísico e transcendente” (TORRALBA-ROSSELÓ, 2009, p. 70).

2.3 O modelo de assistência/cuidado biopsicossocioespiritual

A abordagem do sofrimento, que não considere apenas os reducionismos científicos da prática clínica, mas que inclua a dimensão transcendente do ser humano, é a proposta inicial do modelo biopsicossocioespiritual (SULMASY, 2002, p. 25). Este pressupõe a compreensão de que a espiritualidade é a capacidade que a pessoa tem de encontrar sentido e propósito frente às diversas situações da vida (BALDACCHINO, 2010, p. 25).

Essa proposição pressupõe o entendimento de que ao enfrentar os aspectos físicos da enfermidade as pessoas também enfrentam um sofrimento relacionado a questões fundantes da existência, e que estão diretamente relacionadas ao campo espiritual (PUCHALSKI, 2001, p. 352).

Para Sulmasy (2002, p. 26), os humanos são seres eminentemente espirituais, tendo em vista sua natureza relacional que se expressa tanto em nível interno quanto externo. No que diz respeito ao primeiro nível, encontram-se as relações entre os diversos sistemas que compõem o corpo humano, como também os processos bioquímicos. Já no nível externo são características as relações sociais e com o ambiente, bem como as relacionadas ao transcendente.

Concebendo a doença como um processo de desordem relacional, pode-se afirmar que ela gera perturbação em todos os níveis da vida humana, incluindo o transcendente e o espiritual. Dessa maneira, Sulmasy (2002 p. 26) defende que no modelo biopsicossocioespiritual o processo de cuidado e a busca pela cura devem ter como fundamento a restauração de relações corretas, por meio de uma abordagem holística.

Essa abordagem leva em consideração não apenas os distúrbios e necessidades fisiológicos, psicológicos e sociais, mas também os espirituais, que são considerados como o centro do processo terapêutico (HEFTI, 2011, p. 612; PUCHALSKI, 2013, p. 492). Para Hefti e Esperandio (2016), essas necessidades são expressas 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” (HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 27).

Segundo Puchalski (2013), isso ocorre tendo em vista que a “doença pode perturbar a integração da vida e provocar uma crise espiritual em torno do significado, do propósito” existenciais. Desse modo, enfatiza-se que as crenças espirituais podem afetar tanto o enfrentamento que a pessoa faz da enfermidade e as opções de adesão frente ao tratamento oferecido quanto os resultados do processo terapêutico. (PUCHALSKI, 2013, p. 493).

Torralba-Rosseló corroborando essa compressão, afirma que a enfermidade não supõe alterações ou desordens apenas na parte somática do humano,

mas sim em toda a sua integridade. Ela representa um elemento de transição na vida da pessoa na qual há desestruturação do sentido habitual que ela imputava à realidade. “Durante a experiência da doença, a pessoa doente padece uma alteração global do sentido de sua existência” (TORRALBA-ROSSELÓ, 2009, p. 83).

Assim, para o modelo biopsicossocioespiritual, o processo saúde-doença-cuidado acontece a partir da busca da reconfiguração da estrutura pessoal em seus diversos níveis relacionais, iniciando no biológico, perpassando o psicológico e o social até o âmbito espiritual-simbólico, o qual constitui o pressuposto do Cuidado Espiritual.

3 O cuidado espiritual: uma proposta para a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde

A partir do que foi apresentado nas seções anteriores, poder-se-ia questionar: qual é o fundamento, a abrangência, e as possíveis formas de inclusão da espiritualidade e do desenvolvimento do Cuidado Espiritual? Para responder tal questão é necessário definir a noção de Cuidado Espiritual e apresentar uma proposta de sua aplicabilidade.

3.1 Para uma definição de Cuidado Espiritual

A dimensão do cuidado pode ter inúmeras interpretações. Pode ser concebida desde simples técnicas e procedimentos executados com a finalidade de proporcionar bem-estar (AYRES, 2006, p. 55) ou, ainda, uma atitude de preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo (SATHLER-ROSA, 2004, p. 35).

Contudo, a dinâmica do cuidado não está relacionada apenas a conhecimentos técnicos ou a atitudes particulares, mas sim a um tipo de sabedoria prática que, como afirma Gadamer tem em si saberes teóricos e especializados, mas que “tem que surgir da *práxis* e se voltar novamente para a *práxis*” (GADAMER, 1983, p. 60). Isto é, o cuidado deve ser entendido como uma construção que sempre vai sofrendo modificações, pois, estas acontecem a partir das diferentes relações que se estabelecem.

Winnicott (1988), por sua vez, salienta que o cuidado deve ser compreendido como um conjunto de dispositivos de apoio e proteção essenciais para a existência humana. Para esse autor, a dimensão do cuidado é parte constitutiva da existência humana, e se expressa por meio de dois movimentos indissociáveis: o desejo de cuidar e a necessidade de ser cuidado.

Heidegger (2009, p. 261-262) afirma que a ação do cuidar nos auxilia no processo de compreensão do sentido de nossa própria existência como seres humanos. É o sentido que revela o mundo em que se está vivendo, o mundo que pode ser antecipado por meio de uma dinâmica de significação e transformação para se escolher a alcançar o mundo almejado, e os sujeitos que antecipam, escolhem e negociam esse mundo e compartilham e projetam. Dessa forma, o cuidado é entendido como elemento existencial que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea da condição humana.

A espiritualidade também tem uma função importante em todo esse processo, ela é uma dimensão que está diretamente relacionada à forma como o humano da sentido à realidade. Assim, ela “não implica nenhuma ligação com uma realidade superior” (GIOVANETTI, 2005, p. 136), mas está diretamente relacionada à capacidade do ser humano de se autotranscender. Em outras palavras, de enfrentar o sofrimento e a dor, criar valores e encontrar significado e sentido para as diversas situações da existência (FRANKL, 1991, p. 18).

A partir dessa perspectiva de análise, é que o Cuidado Espiritual pode ser pressuposto. Em primeiro, ele não é apenas um conjunto de técnicas e procedimentos aplicáveis, mas um tipo de sabedoria prática que une saberes e experiências para formar seu *corpus* de atuação. Ao mesmo tempo, seu campo de atuação relaciona-se com a dimensão espiritual a qual envolve um complexo conjunto de contextos relacionados a crenças, valores, experiências e sentidos que o humano tem e atribui à vida.

Assim, sob essa ótica, pode-se afirmar que o Cuidado Espiritual é um tipo de abordagem na qual se busca auxiliar na dinâmica de empoderamento existencial frente ao sofrimento, por meio dos aspectos relacionados a valores, crenças, sentidos e significados que estão direta ou indiretamente ligados à dimensão do transcendente.

3.2 O modelo interdisciplinar de Cuidado Espiritual

Na literatura são encontradas diferentes proposições e abordagens acerca do desenvolvimento do Cuidado Espiritual (SULMASY, 2002; KOENIG, 2005; BALDACCHINO, 2010). Em especial, esta abordagem fundamentar-se-á a partir da proposta interdisciplinar desenvolvida por Puchalski (2006), nos Estados Unidos da América, e Hefti e Esperandio (2016), no Brasil.

Segundo Puchalski (2006, p. 401), o Cuidado Espiritual não deve estar amparado epistemologicamente apenas no modelo biopsicosocioespiritual de assistência, mas também em outro, o do cuidado centrado no paciente. Este cuidado tem como base algumas práticas essenciais, como: o cuidado da pessoa em sua integralidade; o reconhecimento de suas concepções

e emoções frente ao processo do adoecer; a identificação de propósitos comuns, entre os profissionais de saúde e os pacientes, sobre o processo terapêutico; a associação de medidas de prevenção e promoção da saúde, por meio do compartilhamento de decisões e responsabilidades (STEWART, 2000, p. 799). Em ambos os modelos há o reconhecimento de que o processo terapêutico transcende os aspectos físicos, pressupondo a atuação de uma equipe multidisciplinar que utiliza uma abordagem interdisciplinar de cuidados. Essa abordagem tem como fundamento o intercâmbio de saberes e a integração terapêutica que proporcionam um cuidado integral do ser humano, princípio básico do Cuidado Espiritual.

Segundo Hefti e Esperandio (2016, p. 28), o processo terapêutico, próprio da interdisciplinaridade, é complexo e deve ser administrado de tal forma que possíveis conflitos de função ou sobreposições possam ser dirimidos. Os autores propõem que o modelo padrão de atuação das equipes multidisciplinares possa ser utilizado para a definição das responsabilidades. Nesse sentido, cada um dos profissionais envolvidos no processo tem clareza de seu campo de atuação.

Contudo, é importante salientar, no que tange ao Cuidado Espiritual, que o compromisso na abordagem de assuntos espirituais é compartilhado por todos os membros da equipe, não sendo exclusividade daquele que é responsável pelo atendimento espiritual. Os profissionais da equipe multidisciplinar devem ser capazes de avaliar as necessidades espirituais do paciente independentemente de seu campo de atuação. Para que isso seja possível, é essencial o desenvolvimento de um processo formativo dos profissionais, como também o desenvolvimento de um processo de triagem por meio do qual o histórico espiritual do paciente possa ser avaliado (PULCHASKI, 2006, p. 404; HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 31).

Na literatura são apresentados vários instrumentos de avaliação do histórico espiritual. Dentre estes podem ser destacados o SPIRIT, que por meio de seis áreas diferentes analisa a forma como o sistema de crenças individual e a prática coletiva da espiritualidade podem ter implicações na relação de cuidado (MAUGANS, 1996, p. 12). O FICA, que por meio de cinco perguntas essenciais mapeia a constituição, a importância e a vivência do sistema de crenças do paciente e as diferentes formas de abordagem no processo terapêutico (PUCHALSKI, 2000, p. 132). Por fim, o questionário HOPE, que organiza o processo de avaliação por meio de quatro áreas específicas: a identificação das fontes de sentido e esperança; a relação do paciente com a religião institucional, a prática espiritual individual e os efeitos que a enfermidade exerceu sobre as práticas espirituais (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001, p. 86).

Por meio dessa avaliação é permitido à equipe interdisciplinar identificar casos de angústia espiritual e os recursos espirituais de força do paciente,

como a esperança, no intuito de ajudá-los a explorar os mesmos durante o seu tratamento. Permite ainda identificar como o conjunto de crenças e valores pode afetar o processo de entendimento da doença e os processos de tomada de decisão. Por fim, o levantamento do histórico espiritual possibilita formular um plano de tratamento que inclua o Cuidado Espiritual (PUCHALSKI, 2013, p. 493).

Esse plano terá variações de abordagem conforme as necessidades de cada paciente. Todavia é importante salientar que nos casos em que as questões espirituais forem mais complexas – como necessidade de perdão e/ou reconciliação, angústia existencial ou espiritual, sentimento de desesperança, alienação religiosa, entre outros –, a atuação de um assistente espiritual profissional é fundamental (PUCHALSKI, 2013, p. 495).

Na equipe multidisciplinar, o profissional especialista na prestação de assistência espiritual é o/a capelão/ã. O seu foco de atendimento é a pessoa, por esse motivo ele pode atender tanto pacientes que tenham uma profissão religiosa quanto os que não têm, tendo em vista que as questões espirituais nem sempre são centradas teisticamente. Assim, são trabalhadas questões relacionadas ao sentido e ao propósito e ajuda em situações de sofrimento existencial e espiritual (PULCHALKI, 2006, p. 409; HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 32). Entretanto, é importante salientar que a função do/a capelão/ã no processo de Cuidado Espiritual dependerá do contexto cultural no qual está inserido, bem como do processo de treinamento e formação pelo qual tenha passado (PULCHALKI, 2006, p. 412; HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 29).

Atualmente, várias organizações reconhecem que a prestação de serviços de assistência espiritual em centros de saúde é essencial no processo terapêutico (PUCHALSKI, 2001, p. 355). Dentre elas, a *Joint Commission International* (JCI), uma organização de acreditação hospitalar norte-americana que estabelece padrões de qualidade para a prestação de serviços em saúde, prevê como direito o respeito e a proteção dos “valores culturais, psicossociais e espirituais de cada paciente”. (JCI, 2010, p. 53).

Enquanto organização, a JCI entende que

Crenças e valores fortemente estabelecidos podem ter impacto significativo no processo de cuidado e na resposta do paciente ao tratamento. Por isso, cada profissional de saúde deve procurar situar os cuidados e serviços prestados no contexto das crenças e valores do paciente (2010, p. 57).

Para tanto, tem estabelecidas ações específicas no âmbito da espiritualidade, como a organização de um “processo para responder às solicitações do paciente e de sua família, relativas a serviços pastorais, ou pedidos similares, relacionados às crenças espirituais e religiosas do paciente” (JCI, 2010, p. 56).

Esse processo organizacional pressupõe o Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual aqui apresentado, já que a JCI tem como princípio que os profissionais da instituição devem ser educados sobre seu papel na identificação das crenças e dos valores dos pacientes. Para isso, utilizam uma metodologia educativa que se fundamenta na formação para a diversidade religiosa, visando à identificação dos valores e das crenças, e o respeito e a promoção destas no processo terapêutico (JCI, 2010, p. 63).

Considerações finais

O presente ensaio procurou produzir uma reflexão sobre a integração entre a espiritualidade e os cuidados em saúde. Como se pode perceber, há diversos estudos que demonstram os impactos positivos da espiritualidade aplicada à saúde, seja de forma indireta, quando o paciente tem convicções espirituais ou uma religiosidade, ou direta, quando há a inclusão da espiritualidade nos processos de cuidado em saúde.

Observa-se que ao longo da história foram desenvolvidas diferentes explicações sobre o processo saúde-doença-cuidado e, conseqüentemente, sobre as formas de abordagem do mesmo. Assim, realizando uma incursão histórico-teórica, buscou-se apresentar como esse processo foi construído e como foram engendrados os diferentes modelos de assistência/cuidado à saúde.

O panorama histórico da relação saúde-doença-cuidado nos permite identificar que em diferentes épocas existiram diferentes modelos assistência/cuidado em saúde. Estes devem ser entendidos a partir da forma como são sistematizadas as ações de atenção à saúde, tanto no que diz respeito aos aspectos tecnológicos quanto aos terapêuticos. Assim, foram analisados os princípios epistemológicos que constituíram os modelos de assistência/cuidado, que culminam com a proposição do modelo biopsicossocioespiritual. Este, juntamente com o cuidado centrado no paciente, se constitui como a base teórica do Cuidado Espiritual.

Entendido a partir do princípio da interdisciplinaridade, o Cuidado Espiritual, tal como apresentado pelos autores aqui utilizados, evoca a necessidade de uma equipe que tenha formação para fazer diagnóstico sobre as necessidades espirituais do paciente. A esta deve estar integrado um assistente espiritual (um/a capelão/ã), com treinamento e formação específica, para a prestação de serviços espirituais em casos mais complexos. Já incorporado como prática clínica por alguns organismos de acreditação hospitalar internacionais, o Cuidado Espiritual é uma proposta teórico/prática viável para a efetiva integração da espiritualidade nos cuidados em saúde.

Siglas

JCI = Joint Commission International

ONU = Organização das Nações Unidas

OMS = Organização Mundial da Saúde

WHOQOL = World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life

Referências

ÁLVAREZ, F. *Teologia da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2013.

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and Medical Practice. Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*, Leawood, v. 63, n. 1, p. 81-88, 2001.

ARAÚJO, I. L. *Introdução à Filosofia da Ciência*. Curitiba: Editora da UFPR, 2010.

AYRES, J. R. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BALDACCHINO, D. *Spiritual Care: being in doing*. Malta: Preca Library, 2010.

BARROS, J. A. Pensando o Processo Saúde-Doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul. 2002.

BORRELL-CARRIÓ, F.; SUCHMAN, A.; EPSTEIN, R. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 2, n. 6, p. 576-582, 2004.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CHIDA, Y.; STEPTOE, A.; POWELL, L. Religiosity/Spirituality and Mortality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Bologna, v. 78, p. 81-90, Jan. 2009.

DESCARTES, R. *Discurso do Método: para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências*. São Paulo: Paulus, 2002.

ENGEL, G. L. The Need for a New Medical Model a Challenge for Biomedicine. *Science*, New York, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

EVANS, R.; STODDART, G. Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 2, n. 1, p. 1347-1363, 1990.

FLECK, M. P. de A. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FRANKL, V. *Psicoterapia para todos*. Petrópolis, Vozes, 1991.
- GADAMER, H. G. Hermenêutica como Filosofia prática. In: GADAMER, H. G. *A Razão na Época da Ciência*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.
- GIOVANETTI, J. P. Psicologia e Espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994.
- GRACIA, D. *Pensar a Bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola, 2010.
- HEFTI, R. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Religions*, Lancaster, v. 2. 2011.
- HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual: uma abordagem holística de cuidado ao paciente. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47. jan./mar. 2016.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. Rio de Janeiro: CBA, 2010.
- JONAS, H. *Técnica, Medicina e Ética: sobre a prática do princípio de responsabilidade*. São Paulo: Paulus, 2013.
- JAPIASSÚ, H. *Questões Epistemológicas*. Rio de Janeiro: Imago, 1981.
- KOENIG, H. *Espiritualidade no Cuidado com o Paciente: por quê, como quando e o que*. São Paulo: FE, 2005.
- KOENIG, H. *Spirituality & Health Research: Methods, Measurement, Statistics and Resources*. West Conshohocken: Templeton Press, 2011.
- LALONDE, M. *New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974.
- LIMA, C. Medicina High Tech, Obstinação Terapêutica e Distanasia. *Revista Medicina Interna, Lisboa*, v. 13, n. 2, p. 79-82, abr./jun. 2006.
- LUCCHESI, F; KOENIG, H. G. Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, São Paulo*, v. 28, Jan./Mar. 2013.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, Charleston, v. 48. p. 199-215. 2014.
- LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil*. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.
- MAUGANTS, T. The Spiritual History. *Archives of Family Medicine, Califórnia*, v. 5, p. 11-16. 1996.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

- MOREIRA-ALMEIDA, A; LUCCHETTI, G. Panorama das Pesquisas em Ciência, Saúde e Espiritualidade. *Ciência e Cultura, Campinas*, v. 68, n. 1, p. 54-57, jan./mar. 2016.
- MORIN, E. Os Desafios da Complexidade. In: MORIN, E. *A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.
- OLIVEIRA, M. A. de C.; EGRY, E. Y. A Historicidade das Teorias Interpretativas do Processo Saúde-Doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. In: *Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília*, v. 32. n. 4. p. 492-499. 2008.
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine*, New York, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000.
- PUCHALSKI, C. The Role of Spirituality in Health Care. *Journal BUMC proceedings*, Londres, v. 14, p. 352-357, 2001.
- PUCHALSKI, C. *et al.* Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: a collaborative model. *The Cancer Journal*, Philadelphia, v. 12, n. 5, Sept./Oct. 2006.
- PUCHALSKI, C. Integrating Spirituality into Patient Care: an essential element of person-centered care. *Journal Polish Archives of Internal Medicine, Liszki*, v. 123, n. 9, 2013.
- SAMOUR, H. *La Voluntad de liberación*. Granada: Comares, 2002.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: o papel da universidade. *Revista Estudos Avançados, São Paulo*, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999.
- SATHLER-ROSA, R. *Cuidado Pastoral em Tempos de Insegurança: uma hermenêutica contemporânea*. São Paulo: ASTE, 2004.
- SAWATZKY, R.; RATNER, P.; CHIU, L. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research*, Durham, v. 72, p. 153-188, jun. 2005.
- SCILAR, M. História do Conceito de Saúde. Rio de Janeiro. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O Conceito de Saúde. São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 31, p. 538-42, out. 1997.
- SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V.; CORBO A. D'A. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
- STEWART, M. *et al.* The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*, Nova York, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.
- SULMASY, D. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *Gerontologist Cary, Oxford*, v. 42, n. 3, p. 24-33, Oct. 2002.

TERRIS, M. Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: OPAS, 1992. p.37-44.

TORRALBA-ROSSELÓ, F. *Antropologia do Cuidar*. Petrópolis: Vozes, 2009.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

WHITE, P. Beyond the Biomedical to the Biopsychosocial: Integrated Medicine. In: WHITE, P. *Biopsychosocial Medicine: an integrated approach to understanding illness*. Oxford. Oxford University Press, 2005.

WINNCOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measuring Quality of Life*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/index.html>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

ZUBIRI, X. *Tres Dimensiones del Ser Humano: individual, social, histórica*. Madrid: Alianza Editorial, 2006.

Artigo submetido em 28.06.2019 e aprovado em 29.11.2019.

Vanessa Roberta Massambani Ruthes é Mestre e Doutora em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Especialista em Bioética e Educação, Licenciada em Filosofia e Pedagogia. Professora no Centro Universitário Internacional (UNINTER) e Instituto Superior do Litoral do Paraná (ISUPAR). Orcid.org/0000-0002-9874-9671. E-mail: vanessa_ruthes@yahoo.com.br

Endereço: Rua Santo Bozzi, 604, sobrado 01.
81830-120 — Curitiba — Paraná