

**ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

FANI CHING FEN CHIANG

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE
CARDÍACO HOSPITALIZADO:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA CAPELANIA HOSPITALAR

São Leopoldo
2014

FANI CHING FEN CHIANG

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE
CARDÍACO HOSPITALIZADO:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA CAPELANIA HOSPITALAR

Trabalho Final de Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Dimensão do Cuidado
e Projetos Sociais

Orientadora: Karin Hellen Kepler Wondracek

São Leopoldo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C532i Chiang, Fani Ching Fen

A importância da espiritualidade na recuperação do paciente cardíaco hospitalizado : uma análise a partir da capelania hospitalar / Fani Ching Fen Chiang ; orientadora Karin Hellen Kepler Wondracek. – São Leopoldo : EST/PPG, 2014.

86 p. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Faculdades EST.
Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia.
São Leopoldo, 2014.

1. Espiritualidade. 2. Medicina holística. 3. Cura – Aspectos religiosos. 4. Doença – Aspectos religiosos. 5. Coração – Doenças – Pacientes. 6. Cuidados com os doentes – Aspectos religiosos. 7. Aconselhamento pastoral a doentes. I. Wondracek, Karin Hellen Kepler, 1956- . II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

FANI CHING FEN CHIANG

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE
CARDÍACO HOSPITALIZADO:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA CAPELANIA HOSPITALAR

Trabalho Final de Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Dimensão do Cuidado
e Projetos Sociais

Data: 30 de dezembro de 2014

Profa. Dra. Karin Hellen Kepler Wondracek

Prof. Dr. Nilton Eliseu Herbers

DEDICO a Deus Pai, Filho e Espírito Santo que me inspirou a
escrever este trabalho.

Dedico aos meus pais que muito me amaram, me instruíram
e me acolheram.

Dedico ao corpo clínico dos Hospitais que tanto faz para o restabelecimento
dos enfermos.

Dedico a todos os capelães, missionários e conselheiros pastorais, em
especial, o capelão Rev. João Domingos Alves Filho e sua equipe, no árduo,
mas gratificante trabalho de levar o conforto e as palavras de vida e libertação
a tantos enfermos no corpo e na alma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, à Profa. Dra. KARIN WONDRACEK que me incentivou, capacitou e possibilitou iniciar e completar esta dissertação.

Ao Dr. FERNANDO ANTONIO LUCHESE, meus profundos agradecimentos pelo tempo que dispensou para conceder-me tão relevante entrevista.

Ao meu irmão Luiz Chiang, sua esposa Lili e meus sobrinhos Erica e Danilo, minha gratidão pelas orações e constante apoio nos momentos de alegria e de dificuldades na vida.

RESUMO

Essa pesquisa investiga a contribuição da espiritualidade na recuperação do paciente cardíaco hospitalizado. A partir da constatação das demandas espirituais e da importância de um tratamento holístico ou integral para sua recuperação, aborda os benefícios para a saúde do paciente adulto cardíaco internado. Na segunda parte a pesquisa aborda a influência da espiritualidade nos fatores de risco das doenças cardiovasculares, assim como a questão da crise, do sofrimento e dos problemas emocionais na internação. Também investiga as relações entre as emoções, o corpo e o espírito, mostrando a integração e as interferências entre as diferentes dimensões do ser humano, especialmente nas doenças psicossomáticas. Ao final, a dissertação aborda o papel da fé e da oração na medicina e a importância de se tratar o ser humano de uma forma global. Sugere-se incluir a espiritualidade como recurso de saúde na formação dos novos profissionais, bem como reconhecer a importância do conselheiro espiritual ou capelão no tratamento integral do paciente cardíaco hospitalizado.

Palavras-chave: Espiritualidade. Aconselhamento. Capelania Hospitalar. Doente Cardíaco.

ABSTRACT

This research paper investigates the contribution spirituality gives to the recovery of hospitalized cardiac patients. Based on the verification of spiritual demands and on the importance of a holistic or all encompassing treatment, this paper deals with the benefits these have for the health of adult cardiac interned patients. In the second part the research deals with the influence of spirituality on the risk factors for cardiovascular illnesses, as well as with the issue of the crisis, the suffering and the emotional problems of being hospitalized. It also investigates the relations between emotions, the body and the spirit, showing the integration and the interferences between the different dimensions of the human being, especially on psychossomatic diseases. At the end the thesis deals with the role of faith and prayer in medicine and the importance of treating the human being in a global way. It is suggested that spirituality be included as a health resource in the formation of new professionals, as well as recognize the importance of the spiritual counselor or chaplain in the holistic treatment of a hospitalized cardiac patient.

Keywords: Spirituality. Counseling. Hospital chaplaincy. Cardiac patient.

TABELA DE SIGLAS

AAFP - American Academy of Family Physicians - Academia Americana de Médicos de Família. Uma respeitada associação médica nos EUA (mais de 93000 associados, o que corresponderia à metade do número de médicos do Brasil)

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CARE – Comitê de Assistência Religiosa

COALES – Corpo, Alma, Espírito

DCV – Doenças Cardiovasculares

DLPC - Dorsolateral Prefrontal Cortex

INCOR – Instituto do Coração

PET scanner - Positron Emission Tomography

RNW – Radio Nederland Wereldomroep

SAMHSA - Administração dos Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias

SOCESP – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

UMESP – Universidade Metodista de São Paulo

UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV): O CORAÇÃO QUE SOFRE	15
1.1 CONCEITUANDO DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	15
1.2 FATORES DE RISCO	16
1.2.1 Tabagismo	17
1.2.2 Diabetes mellitus	17
1.2.3 Hipertensão arterial	18
1.2.4 Obesidade	18
1.2.5 Dislipidemia – colesterol alto	19
1.2.6 Sedentarismo	20
1.2.7 Álcool e drogas ilícitas	20
1.2.8 Estresse	23
1.3 CRISE E ADOECIMENTO	24
1.4 SOFRIMENTO E AMBIENTE HOSPITALAR	26
1.5 A INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	27
1.6 EMOÇÕES PRESENTES NA INTERNAÇÃO	28
2 A VISÃO HOLÍSTICA	35
2.1 SAÚDE INTEGRAL	35
2.2 CUIDADOS COM O CORPO	38
2.3 CUIDADOS COM A ALMA	38
2.4 CUIDADOS COM O ESPÍRITO.....	40
2.5 A INTERLIGAÇÃO ENTRE CORPO/ALMA/ESPÍRITO.....	41
2.5.1 Relação entre as emoções e o corpo	42
2.5.2 Relação entre o corpo e o espírito	43
2.5.3 Relação emocional e espiritual	45
2.5.4 Abordagem Psicossomática das doenças cardíacas	46
3 ESPIRITUALIDADE, FÉ E CORAÇÃO COMO DIMENSÃO PSICOLÓGICA E ESPIRITUAL	51
3.1 ESPIRITUALIDADE	51
3.2 FÉ E SAÚDE	55
3.3 ORAÇÃO.....	58
3.4 O CORAÇÃO COMO DIMENSÃO PSICOLÓGICA E ESPIRITUAL	61

CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71
ANEXO 1 - ENTREVISTA COM DR. FERNANDO LUCCHESI.....	77

INTRODUÇÃO

A era em que vivemos é considerada, por muitas pessoas, como a Idade da Ansiedade e do Estresse associando a estes acontecimentos psíquicos a agitada dinâmica existencial da pós-modernidade: sociedade industrial, competitividade, consumismo desenfreado e assim por diante.

Várias vezes a grande exigência imposta às pessoas pelas mudanças da vida moderna e, conseqüentemente, a necessidade imperiosa de ajustar-se a tais mudanças, acabaram por expor as pessoas a uma frequente situação de conflito, ansiedade, angústia e desestabilização emocional.

Segundo o Tratado de Cardiologia - SOCESP¹ -, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade e incapacitação em vários países. Por outro lado, no campo dos estudos da saúde há ainda uma visão mecanicista do ser humano e do mundo, em que se separa o ser humano em objeto multifacetado para visar entender e, do mesmo modo, tentar resolver os problemas. Além do mais há hospitais que tratam basicamente da saúde física, muitas vezes esquecendo-se da influência da área emocional e negligenciando a espiritual.

Contudo, na visão holística da saúde, o ser humano não é um ser constituído de fragmentos, mas uma unidade com uma estrutura ontológica, que sofre influências do meio social e da natureza; uma estrutura aberta ao transcendente, ou seja, ao espiritual.

O objetivo dessa pesquisa é verificar se o cuidado praticado de forma integral contribui para recuperação dos pacientes cardiopatas hospitalizados, uma vez que na medicina há um esforço grande para tratar do ser humano e seus problemas dentro de uma perspectiva integral. Nesse sentido, destacamos a importância da espiritualidade, seja ela abordada através da capelania e do

¹ SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

aconselhamento pastoral, seja por parte do médico e da enfermagem, na recuperação dos pacientes cardiopatas hospitalizados.

A relevância do tema consiste em colaborar para o aprimoramento no tratamento de pacientes dentro de uma perspectiva interdisciplinar, trazendo subsídios para a participação do conselheiro pastoral numa equipe multidisciplinar. De forma que, no primeiro capítulo, iniciamos com o coração que sofre, discorrendo a respeito das doenças cardiovasculares e os fatores de risco, incluindo o estresse.

No segundo capítulo tratamos da saúde integral e da importância de um cuidado que considere corpo, alma, espírito e de como cada dimensão pode influenciar a outra, de forma positiva ou negativa, e como afetam a saúde do coração. Finalizamos com as questões psicossomáticas.

Entramos então, no terceiro capítulo, na dimensão espiritual que pode estar subjacente às perturbações psicossomáticas. A questão da espiritualidade é levada em consideração como fonte para saber lidar com a dor e com o sofrimento, assim como mostrar a importância do atendimento espiritual para a recuperação da saúde dos enfermos.

Diversos são os cientistas que mencionam os benefícios da espiritualidade no mundo da saúde. Neste contexto, incluímos a fé, finalizando o capítulo com a abordagem do coração. Atualmente, inúmeros têm sido os artigos sobre medicina e fé, uma vez que as pesquisas têm demonstrado a contribuição da fé no auxílio à cura dos pacientes, de modo geral.² E mencionamos a oração: o que é, o que se constatou no resultado da cirurgia. Em se tratando do coração, mencionamos diversas passagens na Bíblia em que ele é constatado como centro da vida espiritual, emocional e, também, a sede do nosso conhecimento e crenças.

Partimos da nossa experiência em capelania hospitalar de vinte anos, visitando os pacientes em suas angústias, temores e sofrimento, de forma voluntária, sem ajuda de custo, de acordo com a Capelania Evangélica Hospitalar

² Vale ressaltar que o cientista Jordan Grafman, chefe do departamento de neurociência cognitiva, do Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos e Derrame, disse, em entrevista à Revista Época, o seguinte: “Somos predispostos biologicamente a ter crenças, entre elas a religiosa. Cientistas de diferentes áreas se debruçaram sobre a questão nos últimos anos - da busca de explicações sobrenaturais ser considerada natural - e chegaram.” A FÉ QUE FAZ BEM. **Revista Época**, Rio de Janeiro, Editora Globo, 20 set. 2009. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI64864-15224-5,00-A+FE+QUE+FAZ+BEM+A+SAUDE.html>. Acesso em 20 jan. 2014.

e o Comitê de Assistência Religiosa – CARE.³ E qual não foi nossa alegria em poder ser recebido pelo renomado cardiologista e pesquisador da espiritualidade, Dr. Fernando Lucchese, em janeiro de 2014, para uma entrevista, na qual ele valoriza grandemente a dimensão espiritual no tratamento do paciente cardíaco hospitalizado.

³ A capelania está situada no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. CARE – Comitê de Assistência Religiosa do Hospital das Clínicas. Disponível em: <www.capelania.com>. Acesso em: 30 nov. 2013.

1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES: o coração que sofre

1.1 CONCEITUANDO DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil. Segundo o Sistema Único de Saúde - SUS, a proporção maior de internações foi motivada pela insuficiência cardíaca, com quase 30% de todas as internações da especialidade.⁴ Neste capítulo abordaremos o sofrimento da pessoa acometida de doenças cardiovasculares.⁵ Para isso, iniciaremos pela sua definição segundo o Tratado de Cardiologia – SOCESP. Definem-se as doenças cardiovasculares (DCV) como doenças que afetam o sistema circulatório (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos, incluindo artérias, veias e vasos capilares).

A seguir, explanaremos os fatores de risco associados com o infarto agudo do miocárdio⁶ – IAM, relacionados com a religiosidade e com a espiritualidade.⁷

Em todo o território nacional, as doenças cardiovasculares ficam em segundo lugar entre os homens, depois das doenças respiratórias, e em terceiro entre as mulheres, depois das hospitalizações decorrentes do parto e complicações da gravidez e das doenças respiratórias.⁸

As internações no SUS por doenças do aparelho circulatório, relatadas pelo Tratado de Cardiologia SOCESP⁹, são: insuficiência cardíaca, outras doenças isquêmicas do coração, transtornos de condução e arritmias, infarto agudo do

⁴ MARTIN, Gilberto Berguio, JUNIOR, Luiz Cordon, BASTOS, Yara Gerber Lima *et al.* Hospital care to the elderly population in a southern Brazilian city. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. Mar. 2006, vol.15, no.1, p.59-65. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30 set. 2014.

⁵ A partir daqui abreviadas por DCV.

⁶ A partir daqui abreviado por IAM.

⁷ Doravante abreviadas por R/E.

⁸ MARTIN *et al.*, 2006.

⁹ TRATADO DE CARDIOLOGIA SOCESP. Disponível em: http://www.soces.org.br/publicacoes/tratado-cardiologia.asp#.VCrhN_IdWvM., 2009. Acesso em: 29 set. 2014.

miocárdio, doença reumática crônica do coração, hemorragia intracraniana, acidentes vascular cerebral não-especificado, veias varicosas das extremidades inferiores, outras doenças das artérias, doenças vasculares periféricas, hipertensão essencial (primária), doenças hipertensivas, embolia e trombose arteriais, infarto cerebral, tromboflebite, embolia e trombose venosa, hemorroidas, arteriosclerose, embolia pulmonar, febre reumática aguda, outras doenças do coração, outras doenças do aparelho circulatório.

Alguns dos fatores de risco associados com Infarto Agudo do Miocárdio - IAM - na Região Metropolitana de São Paulo e no Brasil, segundo a SOCESP são:

Tabagismo, Diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade – colesterol, dislipidemia - colesterol alto, sedentarismo, fatores psicossociais – estresse. Lucchese e Koenig¹⁰ acrescentam a depressão, a ansiedade e a hostilidade nos fatores psicossociais. Incluímos o álcool e as drogas, pois segundo a Revista de Cardiologia¹¹, são também fatores de risco para as DCV. Os autores relacionam cada fator de risco com a religiosidade e espiritualidade - R/E. Segundo eles, a espiritualidade é a busca do transcendente e pode ser medido pela religiosidade, por isso as colocam como sinônimos nas pesquisas.¹²

Na próxima seção discorreremos com mais detalhes cada fator de risco associado ao infarto do miocárdio.

1.2 FATORES DE RISCO

Vários são os fatores de risco que podem levar o ser humano a ter problemas cardiovasculares.

De acordo com Heno Lopes¹³ os fatores de risco dividem-se em dois tipos: os fatores de risco não modificáveis que são: idade, sexo e história familiar, e os

¹⁰ M.D. Professor de Psiquiatria e Ciências do Comportamento Professor Associado de Medicina, Diretor, Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA; Professor Adjunto Honorário – King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia.

¹¹ LUCCHESI, Fernando A. e KOENIG, Harold G. *Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil*. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 2013; 28 (1) 00-00.

¹² LUCCHESI; KOENIG, 2013, p. 1.

¹³ LOPES, Heno. *A dieta do coração*. São Paulo: Ed. Abril, 2006, p. 21.

fatores de risco modificáveis, passíveis de reversão, tais como: tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, hipertensão, colesterol alto, obesidade, estresse. Esses últimos serão abordados a seguir.

1.2.1 Tabagismo

O tabagismo é um hábito que contribui para 45% de todas as mortes por doenças coronárias a cada ano no Brasil. Dos 137 estudos examinados por Lucchese e Koenig¹⁴, sobre a relação entre o R/E e o fumo, 90% reportaram relações inversas. Os que são mais R/E fumam menos, o que influencia no menor risco de desenvolverem as doenças cardiovasculares (DCV).

1.2.2 Diabetes Mellitus

O diabetes é uma incapacidade do organismo humano de transportar todo o açúcar ingerido para dentro das células devido à ausência, diminuição ou resistência da insulina, o que faz com que os níveis de glicose no sangue fiquem elevados.¹⁵

A diminuição da produção de insulina começa a sinalizar para o aparecimento do diabetes mellitus. Quando essa afecção não é tratada adequadamente, “podem ocorrer complicações como ataque cardíaco, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.”¹⁶

Dois terços dos diabéticos morrem de DCV e o risco de problema arterial da coronária é quatro vezes maior naqueles que têm diabetes. Apesar do seu peso excessivo, aqueles que possuem maior R/E não têm maior risco por serem

¹⁴ LUCCHESE; KOENIG, 2013, p. 4.

¹⁵ WENDLING, Paulo. *Fica livre da tua doença*. São Paulo: Paulinas, 2012, p.47.

¹⁶ LUCCHESE; KOENIG, 2013, p.5.

diabéticos. Pelo menos, 14 estudos conduzidos entre 2000 e 2010 examinaram esta relação.¹⁷

Os mesmos fatores de risco para a diabetes mellitus são os que podem causar os problemas cardiovasculares. Tudo está interligado.

1.2.3 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é um dos fatores de risco que merece a atenção dos que a tem.

A pressão arterial é a força exercida pelo sangue sobre a unidade de superfície da parede arterial. A tensão arterial representa uma forma de energia potencial que originariamente deriva da contração do coração e está disponível para fazer com que o sangue flua contra a resistência oferecida pelas arteríolas periféricas.¹⁸

Lopes¹⁹ define a hipertensão como uma doença complexa caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial acima dos valores considerados normais. Hoje é considerado hipertenso quem tem pressão acima de 14 por 9. De acordo com os 63 estudos de Lucchese e Koenig²⁰ que mediram o grau de envolvimento religioso e hipertensão, 57% acusaram menos hipertensão nos que são mais religiosos/espirituais.

1.2.4 Obesidade

A obesidade é o acúmulo de gordura no corpo causado quase sempre por um consumo de energia na alimentação, superior àquela usada pelo organismo para sua manutenção e realização das atividades do dia a dia. Ou seja: a ingestão alimentar é maior que o gasto energético correspondente.

Pessoas obesas têm maior probabilidade de desenvolver doenças como pressão alta, diabetes, problemas nas articulações, dificuldades respiratórias, gota, pedras na vesícula e até algumas formas de câncer.

¹⁷ LUCCHESE; KOENIG, 2013, p. 5.

¹⁸ LEPORI, Luis Raúl. *Hipertensão arterial*. 1ª ed. Buenos Aires: E.C.S.A., 2004. p. 12.

¹⁹ LOPES, 2006.

²⁰ LUCCHESE; KOENIG, 2013, p. 8.

O problema da obesidade, segundo Lopes, é que desencadeia uma série de danos ao organismo. Todos eles contribuem para as doenças cardiovasculares, de uma maneira ou de outra.

Para irrigar o corpanzil de um obeso, o coração faz força extra... acelera os batimentos – o aumento da pressão. Numa segunda fase, porém, esse esforço leva o músculo cardíaco a crescer... a circulação fica prejudicada e vêm à tona sintomas como falta de ar e uma eterna fadiga.²¹

O autor comenta que “a melhor pedida para salvar o coração é mesmo corrigir alguns hábitos e emagrecer.” Por outro lado, Lucchese e Koenig acrescentam na sua pesquisa que “a porcentagem de obesidade em relação ao R/E não é tão alta. Dos 36 estudos examinando associações entre peso e envolvimento R/E, 39% acharam que R/E estava associada com maior peso ou massa corpórea alta. Em contraste com 19% encontrados que R/E estava associada com peso baixo.”²²

1.2.5 Dislipidemia – colesterol alto

Denomina-se *dislipidemia* um distúrbio caracterizado pela presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue. Esta anormalidade é causada em muitos casos devido a hábitos alimentares incorretos, dos quais estão inclusos o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, como também ao estilo de vida sedentário. No entanto, a dislipidemia pode ser ocasionada devido a fatores genéticos, pela ingestão de certos medicamentos. E também desenvolvida por outras doenças, como nos casos

²¹ LOPES, 2006, p. 64.

²² LUCCHESI; KOENIG, 2013, p.8.

de obesidade, diabetes, hipotireoidismo, doenças das vias biliares e insuficiência renal.²³

Há dois transportadores de colesterol: o LDL (considerado o mau colesterol) – porque quando há muito colesterol para carregar, o LDL derruba partículas dele pelo caminho. E o HDL (considerado o bom colesterol) age de maneira oposta a do LDL, recolhendo o colesterol acumulado pelas artérias para levá-lo de volta a um lugar seguro – o fígado.²⁴

1.2.6 Sedentarismo

Sedentarismo é a falta ou a grande diminuição da atividade física. Do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças.

Para combater o sedentarismo, a atividade física que aliada à dieta combate com maior eficiência a obesidade, fator de risco da pesada ao pé da letra. Mas não é só isso, de acordo com Lopes, “os exercícios provocam a liberação de substâncias vasodilatadoras, que relaxam os vasos e derrubam o ponteiro da pressão.”²⁵

Já, no plano da espiritualidade, pesquisas mostram que as pessoas que tem mais R/E são mais ativas fisicamente ou apreciam fazer exercícios físicos. Dos 37 estudos examinados por Lucchese e Koenig²⁶, 68% das pessoas com mais R/E praticam alguma atividade física.

1.2.7 Álcool e drogas ilícitas

É sabido que o alto consumo de álcool afeta as funções cardíacas (cardiopatía alcoólica, arritmias), pressão alta e o aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC). Uma relação similar foi encontrada com a utilização de drogas ilícitas. Pelo menos 278 estudos examinaram a relação entre o uso de

²³ DISLIPIDEMIA. *Infoescola*. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/dislipidemia/>. Acesso em: 09 fev. 2013.

²⁴ LOPES, 2006, p.57.

²⁵ LOPES, 2006, p. 86.

²⁶ LUCCHESE; KOENIG, 2013, p. 4.

álcool, abuso ou dependência e R/E. A grande maioria (86% em 240 estudos) encontrou relação inversa com o envolvimento em R/E. Os resultados dos estudos com a relação entre as drogas e R/E são similares aos do álcool.²⁷

Estes estudos foram conduzidos entre jovens do curso médio e da faculdade, quando a utilização do álcool e das drogas está ainda iniciando a desenvolver e afetar seus sistemas cardiovasculares pelo restante de suas vidas.²⁸

1.2.8 Estresse

Estresse é um dos fatores de risco para problemas do coração, contudo pode também ser um das consequências da internação hospitalar. Isosaki escreveu o seguinte:

[...] o coração é o centro do tônus afetivo e receptor natural das situações estressantes, que é atingido diretamente pela ansiedade exagerada [...] as situações estressantes equivalem a um teste de esforço físico, pois aumentam a adrenalina, podendo levar a espasmos coronarianos.²⁹

Marcelo Saad,³⁰ fisiatra e coordenador do Comitê sobre Religiosidade-Espiritualidade em Saúde do Hospital Albert Einstein, revela que os indivíduos mais religiosos têm maior adaptação ao estresse, menor pendor ao abuso e drogas e álcool, além de apresentarem risco reduzido de desenvolver depressão ou cometer suicídio.

²⁷ LUCHESE; KOENIG, 2013, p. 4.

²⁸ LUCHESE; KOENIG, 2013, p. 4.

²⁹ ISOSAKI, Mitsue. *Como cuidar de seu coração*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 22.

³⁰ Marcelo Saad afirma que “Inúmeras pesquisas científicas mostram que pessoas espiritualizadas são fisicamente mais saudáveis, requerem menos assistência médica e, mesmo quando adoecem, têm recuperação mais rápida e menor taxa de mortalidade.” REVISTA SAÚDE, nº 320, Janeiro, s/d. Disponível em: http://saude.abril.com.br/edicoes/0320/bem_estar/conteudo_533899.shtml?pag=2. Acesso em 30 jan. 2014.

Martin Luther King comenta que “A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio.”³¹

O estresse tem sido considerado o *mal do século* e tem atingido pessoas indistintamente: o executivo, a dona de casa, o pastor, o missionário etc.

Conforme o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, o verbete “estresse é o estado que se caracteriza por um conjunto de reações psicofisiológicas do organismo a situações que desencadeiam tensão.”³²

Muitas pessoas assumem tarefas acima de suas possibilidades, não delegando ou capacitando outros, a assumi-las, e, conforme Isosaki,

para enfrentar o estresse, mais adrenalina é produzida, provocando taquicardia e alterações metabólicas importantes a longo prazo. E o estresse a longo prazo em nosso organismo opera sérios danos à saúde cardiovascular e, sobretudo, para o coração. Pressão alta é uma das primeiras consequências.³³

Ana Maria Rossi³⁴ acrescenta que algumas consequências do estresse no organismo são: insônia, problemas gastrointestinais, aumento da ansiedade, angústia, irritação, falta de concentração, preocupação.

Botega³⁵ objetivou analisar o estresse causado em pacientes internados em hospital. O estudo se justifica e se faz relevante, pois a internação e a doença tendem a impedir a capacidade de uma pessoa de controlar o eu e o ambiente que a cerca. Segundo Romano³⁶, o paciente coronariopata, após o procedimento cirúrgico de revascularização, experimenta alguns distúrbios emocionais, apesar da aparente recuperação física satisfatória. Na realidade, esse paciente é submetido a uma série de estresses ambientais.

³¹ KING, Martin Luther. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/frase/MTk3/>. Acesso em 30 jan. 2014.

³² DICIONÁRIO HOUAISS. *Estresse*. Disponível em: <http://www.dicionariohouaiss.com.br/index2.asp>>. Acesso em: 2 dez. 2009.

³³ ISOSAKI, 2010, p. 22.

³⁴ ROSSI, Ana Maria. *Aprender a lidar com o estresse é uma lição diária*. Disponível em: http://www.catho.com.br/jcs/inpuer_view.phtml?id=6690&print=1>. Acesso em: 27 out. 2009.

³⁵ BOTEGA, Marcos S. Disponível em: http://64.233.163.132/search?q=cache:aEadG_-yITAJ:pt.oboulo.com/o-estresse-em-pacientes-hospitalizados-37403.html+pacientes+hospitalizados&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 16 nov. 2009.

³⁶ ROMANO, Bellkiss Wilma. *Psicologia e cardiologia : encontros possíveis*. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2001, p. 68.

Podemos constatar com os fatos acima mencionados que existe uma interligação entre o estresse, o comportamento emocional e os problemas cardiovasculares. Koenig e Lucchese identificaram 75 estudos entre R/E e o nível de estresse: 61% reportaram níveis mais baixos de estresse psicológico nas pessoas com mais R/E e 12% reportaram altos níveis de estresse.³⁷

De acordo com Savioli³⁸, não é difícil entender que nossas emoções e nossos relacionamentos podem interagir com o sistema imunológico. Muitos estudos demonstram que existe relação entre o estado mental espiritual e o sistema imunológico. E, se este último estiver baixo, o paciente estará mais propenso a contrair infecção hospitalar ou demorar-se na sua recuperação.

Na hospitalização, a falta da rotina, ausência dos familiares, a dependência de outros para com sua saúde, podem gerar estresse, tristeza, depressão, solidão, raiva, sentimento de culpa. Como também, ansiedade, preocupação com relação à cirurgia que deverá sofrer ou em relação à sua melhora ou não. Insegurança, medo da morte, quando o caso é grave.

Helman atenta para a “despersonalização” que os pacientes “sofrem” durante a sua internação: Todos eles são despojados de seus suportes de identidade social e individualidade, e uniformizados em pijamas, camisolas ou roupões de banho. Perdem o controle de seu próprio corpo e seu espaço, privacidade, comportamento e dieta pessoais, assim como sobre o uso de seu tempo. “Os pacientes são afastados do constante apoio emocional da família e da comunidade, ficando aos cuidados de profissionais que eles nunca viram antes”.³⁹ Aproximadamente 50 a 75% de todas as consultas médicas estão direta ou indiretamente relacionadas ao estresse.⁴⁰ Savioli⁴¹ em sua experiência clínica,

³⁷ LUCCHESI; KOENIG, 2013, p. 5.

³⁸ SAVIO, Adriana. *Religiosidade e Psicoterapia*. São Paulo: Roca, 2008.

³⁹ HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 84. In HOEPFNER, Daniel Annuseck, Tese de doutorado: “CUIDADO PASTORAL NUM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO: Referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais, São Leopoldo: EST, p. 33.

⁴⁰ BALLONE, GJ, MOURA EC. Estresse – Introdução. *PsiquWeb*. Disponível em www.psiqweb.med.br. Acesso em: 20 jan. 2009.

comenta que muitas pessoas chegam com seu sistema cardiovascular normal, mas que somatizam e transferem seus problemas afetivos para quadros não comprovados de infartos e acidentes vasculares cerebrais. Para ele, os fatores psicossociais foram recentemente comprovados como importantes variáveis no risco para as doenças cardiovasculares (DCV). Surgiu, então, um novo ramo de cardiologia: a cardiologia comportamental, como constata Savio, ou seja,

Um ramo da especialidade que teria como missão a prevenção global da doença cardiovascular - DCV, atuando não só nos fatores classicamente reconhecidos, mas também no controle dos fatores psicossociais, de modo a entender o ser humano em sua tridimensionalidade, ou seja, corpo, psiquismo e espírito [...].⁴²

Na próxima seção analisaremos a questão das crises emergenciais que acometem os enfermos e que levam a uma sensação de incapacidade de lidar com a situação e à necessidade de buscar ajuda.

1.3 CRISE E ADOECIMENTO: O PAPEL DO CONSELHEIRO

Maldonado dá a seguinte definição para *crise*:

Crise é um estado temporal de transtorno e desorganização caracterizado principalmente por uma incapacidade do indivíduo, da família ou do grupo social para resolver problemas usando métodos e estratégias costumeiras.⁴³

Há dois tipos de crise, segundo Stone⁴⁴: as crises de desenvolvimento e as crises emergenciais ou acidentais.

No aconselhamento em hospitais, tratar-se-á de ambas as crises, mas as do segundo tipo são mais comuns, pois ocorrem em qualquer momento da vida como consequência de situações imprevisíveis e em circunstâncias excepcionais.

⁴¹ SAVIO, 2008.

⁴² SAVIO, 2008, p. 169.

⁴³ MALDONADO, Jorge E. *Crises e Perdas na Família - consolando os que sofrem*. Viçosa: Ultimato, 2005, p. 121.

⁴⁴ SANTOS, H. N. (org) *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral. Contribuições a partir da América Latina e Caribe*. São Paulo: ASTE, São Leopoldo: CETELA, 2008.

São os casos dos acidentes, doenças graves, internação, cirurgias, amputação de um órgão, por exemplo.

Este tipo de crise provoca desespero e forte sensação de incapacidade de lidar com a situação com os recursos psicológicos, espirituais e materiais disponíveis.

Hoch menciona que a crise afeta a pessoa em diferentes esferas:

Fisicamente: úlcera, insônia, hipertensão arterial, problemas cardíacos; mental/ psicologicamente: agressividade, mudança de humor, depressão, novo modo de se relacionar com outras pessoas; Espiritualmente: abalo da fé em Deus, mudança da relação com a igreja, rompimento com antigas convicções e valores, corrida atrás de novas ofertas religiosas ou filosóficas.⁴⁵

Como podemos observar, todas as áreas da vida são afetadas pela crise; e segundo Stone⁴⁶, todas as crises no seu cerne são crises religiosas. Aliás, também, C. G. Jung chegou a afirmar: “Dentre todos os meus pacientes na segunda metade da sua vida, não há um só problema em última análise que não fosse o de encontrar uma perspectiva religiosa da vida”.⁴⁷

Hoch⁴⁸ entende que o conselheiro pode ajudar a pessoa a *juntar os cacos* e reconstruir paulatinamente a sua vida, contudo, será necessário que ela assuma a sua parcela de responsabilidade na solução do problema.

Mais além, Santos escreve que “a ajuda na crise vem do poder de Deus, que nos socorre em nossa fraqueza e da reserva de forças que temos guardada no recôndito de nossa própria existência.”⁴⁹ E o conselheiro é aquele que poderá ser uma presença de apoio e de fortalecimento.

As crises levam as pessoas a repensarem suas vidas e a buscar ajuda, daí decorre a importância do papel do conselheiro espiritual. Este não deve tentar dar explicações ou confrontar a pessoa com considerações teóricas de natureza

⁴⁵ HOCH; HEIMANN, 2008, p. 148.

⁴⁷ SANTOS, 2008, p. 150.

⁴⁸ HOCH; HEIMANN, 2008

⁴⁹ SANTOS, 2008, p. 154.

teológica ou psicológica acerca do momento que está passando, mas ser uma ajuda para que a pessoa descubra a sua reserva espiritual e sua capacidade de ativá-la.

O cuidado nas várias dimensões tem, conforme Clinebell⁵⁰, sua função na medida em que a dimensão espiritual é contemplada, funcionando como eixo incorporador e favorecendo a integridade pessoal. A seguir, comentaremos sobre o sofrimento que pode ser advindo da crise.

1.4 SOFRIMENTO E AMBIENTE HOSPITALAR

Cabe aqui tratar do assunto *sofrimento*, uma vez que o tema encerra a importância da espiritualidade em ambiente hospitalar, e as pessoas que serão tratadas estão em situação de sofrimento de toda a espécie.

Pujol relata que tanto dores físicas leves ou intensas, passageiras ou crônicas, distúrbios psíquicos, mentais, dores morais que acompanham o luto, a separação, a exclusão, o desemprego, etc. e também tormentos espirituais, causam sofrimento. De acordo com o autor:

O paciente hospitalar pode, além de sentir a dor física, ter dores morais ou psíquicas. Na verdade, é impossível dissociar todos estes sofrimentos, eles interferem uns nos outros e afetam nosso ser por inteiro. Alguém que sofre tem dores em todo seu ser.⁵¹

Consoante seu Manual de Relacionamento de Ajuda, quando o sofrimento está presente, acontece o seguinte:

Ele me toma - seja pelo sofrimento intenso físico ou psíquico - fico como que reduzido ao estado de um animal em desespero. Sou confrontado com minha vulnerabilidade. Estou só - mesmo se, em um primeiro momento, meus parentes me cercam, encontro-me rapidamente em extrema solidão.⁵²

Descreve que, durante a crise, há a ausência de sentido – “encontro-me face a face com a ausência de sentido. Os valores que davam gosto na vida são

⁵⁰ CLINEBELL, Howard. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. In OLIVEIRA, 2012, p. 111.

⁵¹ PUJOL, Jacques. *Manual de relacionamento de ajuda*. São Paulo: Vida Nova, 2006, p. 259.

⁵² MANUAL DE RELACIONAMENTO DE AJUDA apud PUJOL, 2006, p. 260.

como que apagados. Valeria a pena, portanto, debater-se e continuar a ter esperança?”⁵³

A pessoa regride psicicamente, e – fala o tempo todo de seus males; busca uma relação de ligação com Deus ou com os que a cercam, como um bebê aninhado à mãe. O desespero - nos momentos de angústia, os salmos de súplica - Salmos 6, 18, 88, 102⁵⁴ - ou as palavras de Jó ajudam a verbalizar sua dor. Não pede à outra pessoa mais nada a não ser sua presença, uma presença cheia de respeito por sua angústia.

Lange tenta definir o sofrimento (moral) como “uma sensação penosa, emoção desagradável, sentimento de infelicidade num grau mais ou menos intenso, com um a certa duração, ligado a uma representação difícil ou impossível de suportar.”⁵⁵

O paciente necessita da ajuda de outrem para encontrar o sentido ou dar sentido ao seu sofrimento. Este deverá ter um bom preparo espiritual, psicológico, saber levar o aconselhando a suportar e/ou enfrentar e se ajustar a sua situação de vida. Ajudará, se conhecer um pouco mais sobre a natureza do sofrimento, a especificidade da situação hospitalar. Entenderemos melhor sobre isto na seção seguinte ao tratarmos sobre a experiência na internação hospitalar no paciente com DCV.

1.5 A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

De acordo com Valladares⁵⁶, a hospitalização constitui experiência estressante e traumática, que afeta tanto *o lado orgânico como o psiquismo do indivíduo*, determinando distúrbios comportamentais diversos que vão da agressividade à apatia.

⁵³ PUJOL, 2006, p. 260.

⁵⁴ BÍBLIA SAGRADA, 2001.

⁵⁵ LANGE, Elaine Soares Neves.(org.) *Contribuições à Psicologia Hospitalar : Desafios e Paradigmas*. São Paulo : Paulus, 2009, p. 77.

⁵⁶ LANGE, 2009.

Leila Cury Tardivo⁵⁷ descreve o paciente que está internado em função de uma enfermidade e está vivendo necessariamente um processo de perda: a perda *pode ser transitória ou permanente*. Perdeu, naquele momento, a capacidade do trabalho; vive a perda do controle sobre seu corpo em virtude das limitações da enfermidade e dos tratamentos médicos.

Eleny Vassão de Paula Aitken⁵⁸ concorda com o comentário acima, pois o paciente hospitalizado passa a ter o hospital como sua moradia provisória, e esta, reduzida a uma cama e quatro paredes; todo o contato com o mundo externo fica restrito à paisagem da janela, enquanto deitado. Além do que, a pesquisa de Marcos Botega⁵⁹ mostra que a internação e a doença tendem a impedir a capacidade de uma pessoa de controlar o eu e o ambiente que a cerca. Então, ao se defrontar com tal agente estressante, mesmo as pessoas que previamente tinham uma elevada autoestima podem não mais se sentir como indivíduos capazes e competentes que são donos de seu ambiente.

Para agravar a situação, quando a internação é demorada, os familiares tendem a espaçar suas visitas e o paciente fica sozinho. Consoante Savioli, cardiologista do Instituto do Coração – INCOR, “o estado psicológico do paciente pode ser comprometido pelo enorme grau de ansiedade gerada e ocasionar piora do seu estado clínico e falha na resposta terapêutica.”⁶⁰

Muitos são os estados de humores enfrentados pelo doente - antes, durante e depois da doença. No entanto, para este estudo, serão mencionadas apenas as emoções que estão presentes durante a internação.

1.6 EMOÇÕES PRESENTES NA INTERNAÇÃO

A definição de *emoção*, segundo Raul Marino Jr. professor titular de neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, segue como: “Uma reação aguda que envolve pronunciadas alterações somáticas,

⁵⁷ LANGE, 2009

⁵⁸ Capelã hospitalar do Hospital do Servidor Público Estadual, promove cursos de capacitação em Capelania Hospitalar anualmente. Veja o site: www.capelania.com

⁵⁹ BOTEGA, Marcos S. *O estresse em pacientes hospitalizados*. Disponível em: http://64.233.163.132/search?q=cache:aEadG_-yITAJ:pt.oboulo.com/o-estresse-em-pacientes-hospitalizados-37403.html+pacientes+hospitalizados&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

⁶⁰ SAVIOLI, Roque Marcos. *Milagres que a medicina não contou*. São Paulo: Gaia, 2004.

experimentadas como uma situação mais ou menos agitada [...] A emoção tem ao mesmo tempo componentes fisiológicos, psicológicos e sociais [...].”⁶¹

Muitas emoções vêm à mente do paciente em sua internação e o seu espírito também está sendo sacudido. A *insegurança* surge, uma vez que não se tem mais o controle sobre a situação; ao contrário, são os médicos e enfermeiros que ditam as normas do que comer, beber, fazer. A rotina da vida é quebrada e muitos temores surgem - o medo da dor, do abandono, do amanhã, medo de perder o controle sobre seu próprio corpo, medo de não encontrar a cura, medo da morte.

Romano descreve bem o quadro das emoções, dos sentimentos e das sensações num contexto hospitalar, destacando-se: O temor do desconhecido, da solidão e do desamparo, a insegurança, a sensação de fracasso, de inutilidade, de impotência, permeiam as vivências dos pacientes e familiares, tornando-as perturbadores, o que por vezes se acentua com o tipo de tratamento e de informações que recebem da equipe que os assiste.⁶²

Muitas são as *ansiedades* que aparecem: quanto aos procedimentos, à cirurgia, sobre quem cuidará dos filhos, quem proverá a subsistência dos familiares, quem cuidará dos negócios, da casa, qual o tempo de permanência e tudo o mais...

De acordo com Miyasaka⁶³, os sintomas da ansiedade são inquietação, nervosismo, irritabilidade, sudorese, insônia, tremores, dor de cabeça, dor nas costas, palpitação, formigamento no corpo, mãos e pés frios, boca seca, dor de estômago. Acrescenta o autor⁶⁴ que a ansiedade pode trazer como consequências o aumento da pressão, expondo o paciente à chance de ter enfarte e derrame. Nisto vemos que se trata de um círculo vicioso, pois o excesso de ansiedade não só leva a pessoa a se enfermar, como pode não contribuir para a melhora do paciente.

⁶¹ MARINO, 2005, p. 44.

⁶² ROMANO 2008, p. 77.

⁶³ MYASAKA, 2008, p. 32

⁶⁴ MYASAKA, 2008, p. 47.

Branco em sua dissertação também menciona as bases anatômicas do comportamento emocional: Dentre os vários mecanismos envolvidos com a ansiedade, os de geração, transmissão dos estímulos nervosos são os relacionados com o comportamento emocional. De acordo com Branco,

As bases anatômicas do comportamento emocional estão localizadas no sistema límbico, o qual elabora o processo subjetivo da ansiedade, portanto a percepção e a interpretação dos estímulos sensoriais. O sistema límbico está ligado aos fenômenos de emoção, comportamento e controle do sistema nervoso autônomo.⁶⁵

Romano cita, sobre o paciente cardíaco, que:

a ansiedade pré-operatória e a instabilidade pós-operatória, com múltiplas manipulações das quais o paciente é vítima passiva na cirurgia e convalescença, e as dificuldades da inserção familiar e profissional perturbam o estado psicológico profundamente e de modo constante durante cerca de seis meses.⁶⁶

Marino⁶⁷ argumenta que os momentos de *tristeza* também são comuns em meio à dor que é agravada quando o paciente é de outra cidade ou estado e não tem acompanhante. A tristeza gera imobilidade, lentidão de processos fisiológicos e embotamento dos sentimentos. Segue-se a depressão da atividade. Isto sem contar com o fator *medo*: medo de a cirurgia não ser bem sucedida, do desconhecido, da morte, de sofrer... O medo é uma experiência desagradável, acompanhada de um impulso de fuga. A *raiva* é outro sentimento que pode interferir na recuperação. Para Marino trata-se de uma emoção bastante diferenciada, que é *acompanhada de um impulso para atacar e de um conjunto de reflexos que visam promover a sensação de ganhar a luta.*⁶⁸

⁶⁵ BRANCO, Rosana Pires Russo. *Ansiedade e Estresse dos Profissionais de Enfermagem que trabalham em Unidades de Pacientes Graves*. Disponível em: http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php/codArquivo=125-, p.22. Acesso em 12 ago. 2014.

⁶⁶ ROMANO, 2001, p. 126.

⁶⁷ MARINO, 2005, p. 48.

⁶⁸ MARINO, 2005, p. 54.

Segundo estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Ohio (EUA) e publicado na revista *Brain Behavior and Immunity*⁶⁹, os pacientes que controlam a raiva recuperam-se mais rapidamente de cirurgias. O estresse provocado pela raiva pode interferir de forma negativa no restabelecimento do organismo. Níveis elevados de cortisol, hormônio associado ao estresse, retardam a cura. Raiva demais atrapalha a vida!

Quando o impulso de sociabilizar-se é frustrado, aparece uma forte emoção: solidão. O comportamento gerado é o de tristeza, desassossego e agitação. O quadro autônomo é semelhante ao do medo. Os sentimentos de culpa, o inconformismo também surge na situação de adoecimento.

Finalmente, Savioli menciona que ansiedade, depressão e estresse crônico exercem papel preponderante na gênese das DCV, chegando, em alguns estudos de grande porte, a estarem à frente da diabetes, da obesidade e do sedentarismo. O autor assevera que “a depressão atinge de 10 a 13% da população mundial [...] Ela hospeda várias doenças, piora diabetes, insuficiência cardíaca, dislipidemias, hipertensão arterial, angina etc.”⁷⁰

Savioli relata que “vários estudos científicos comprovaram que as funções hipotálamo-hipofisárias-supra-renais são afetadas na depressão. Isso levaria a uma diminuição das defesas imunológicas do organismo, propiciando o aparecimento de infecções e processos cancerosos.”⁷¹

Miyasaka acrescenta que a depressão pode ser uma manifestação de uma doença física de base: tumor cerebral, acidente vascular cerebral, hipotireoidismo etc. O autor relata estudos da associação de depressão com patologias específicas:

50% dos pacientes com acidente vascular cerebral do hemisfério esquerdo e 10% do hemisfério direito; 50% dos pacientes com

⁶⁹ REVISTA MEDICINA SOCIAL. 2008, p. 48. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/conteudo.aspx?conteudoID=20>. Acesso em 20 jan. 2014.

⁷⁰ SAVIOLI, 2004, p. 69 e 71.

⁷¹ SAVIOLI, 2004, p.112

câncer de pulmão; 18% dos pacientes com coronariopatias apresentaram depressão.⁷²

Entre os pacientes com depressão de início tardio (50-65 anos), 50% apresentaram infarto cerebral silencioso, isto é, áreas de infarto na ressonância magnética sem deficit neurológicos.⁷³

Isosaki cita que:

[...] existe uma relação importante da depressão com o infarto do miocárdio, sendo que quase a metade dos infartados apresenta sinais de ansiedade, isolamento, estresse e dificuldades emocionais. A depressão, pós-infarto do miocárdio ou pós-cirurgia do coração, pode tornar 4 vezes maior o risco de morte.⁷⁴

O indivíduo deprimido perde o sentido da vida e os sintomas de angústia, ansiedade, fadiga, e irritabilidade podem facilitar o hábito de fumar, o alcoolismo, a vida sedentária, piorando a doença cardiovascular. Já a dissertação de Caracciolo relata o seguinte: “Depressão é perigo para pacientes cardíacos, ela aparece em 17% de pacientes que sofreram um infarto, principalmente, aqueles que após o ataque no coração passam a ter batimento cardíaco mais fraco.”⁷⁵

Van Melle⁷⁶ acredita que a depressão nos casos de pacientes cardíacos aparece como uma reação depois de um infarto por causa do perigo que a vida destes pacientes passa a correr, o que é uma situação bastante estressante.

Romano⁷⁷ escreve que o paciente fica excessivamente na cama e seus movimentos são vagarosos, então surgem os sinais corporais da depressão como inapetência, insônia, enxaquecas. E, acrescenta que, cerca de 1/5 a 1/3 de pacientes medicamente doentes hospitalizados têm depressão em algum momento e com alguma intensidade.

⁷² MIYASAKA, Lincoln e Celma. *Depressão e Ansiedade*. São Paulo: Abba Press Editora e Divulgadora Cultural Ltda, 2008, p. 30.

⁷³ MYASAKA, 2008, p.30.

⁷⁴ ISOSAKI, Mitsue. *Como cuidar de seu coração*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010, p. 28.

⁷⁵ CARACCILO, Silvia. *Depressão é perigo para pacientes cardíacos*. Disponível em: <http://static.rnw.nl/migratie/www.parceria.nl/cienciaesaude/at_051011depressao-redirected>. Acesso em: 5 dez. 2013.

⁷⁶ CARACCILO, Silvia. *Depressão é perigo para pacientes cardíacos*. Disponível em: <http://static.rnw.nl/migratie/www.parceria.nl/cienciaesaude/at_051011depressao-redirected>. Acesso em: 5 dez. 2013.

⁷⁷ ROMANO, 2001, p. 65.

Assim sendo, conclui-se que a depressão poderá vir antes da enfermidade, como durante ou depois desta. O problema é que a reação depressiva pode alterar o curso clínico de uma doença e tornar-se um forte empecilho para bons resultados no processo de reabilitação, tornando-o moroso ou difícil.⁷⁸

Romano faz ainda a seguinte consideração: “Reconhecer e intervir nas necessidades psicológicas dos pacientes cardíacos é muito importante para sua recuperação no curto e no longo prazo.”⁷⁹ E, conforme ela, “a compreensão total cérebro/mente/coração resulta nos sinais reais do que se conceitua qualidade de vida e, por conseguinte, de êxito cirúrgico.”⁸⁰ Conforme Lucchese e Koenig, nos 444 estudos relacionando R/E e depressão, 61% acusaram menos depressão entre os mais R/E. Inclui também 67% entre 178 estudos de alta qualidade.⁸¹

A depressão é uma condição que afeta milhões de pessoas, cristãs e não-cristãs da mesma forma. Aqueles que sofrem de depressão podem experimentar sentimentos intensos de tristeza, raiva, falta de esperanças, fadiga e uma série de outros sintomas. Elas podem passar a se sentir inúteis e até mesmo suicidas, perdendo o interesse nas coisas e nas pessoas com quem antes se alegravam.

A Bíblia Sagrada⁸² também descreve situações de depressão profunda e menciona a relação físico-emocional e comportamental. Menciona muitos homens e mulheres que tiveram sentimentos negativos. Por exemplo, Ana sentiu-se “amargurada de alma” — uma expressão que pode ser vertida como ‘aflita’ e ‘muito triste’ (1 Samuel 1:10). Certa ocasião, o profeta Elias ficou tão triste a ponto de pedir a Deus que tirasse sua vida. (1 Reis 19:4). Tudo indica que até mesmo homens e mulheres fiéis do passado às vezes se sentiam deprimidos.

As Escrituras Sagradas também enfatizam a importância da oração. Por exemplo, Salmo 55:22 diz: “Lança teu fardo sobre o próprio Jeová, e ele mesmo

⁷⁸ ROMANO, 2001, p. 70.

⁷⁹ ROMANO, 2001, p.71.

⁸⁰ ROMANO, 2001, p. 85.

⁸¹ LUCCHESI E KOENIG, 2013, p. 5.

⁸² Salmo 69.1-3, In: BÍBLIA SAGRADA, 2001, p. 634; Salmo 71.20, In: BÍBLIA SAGRADA, 2001, p. 636; Provérbios 3.7-8, In: BÍBLIA SAGRADA, 2001, p. 691; Provérbios 15.13, In: BÍBLIA SAGRADA, 2001, p. 704; Provérbios 18.14, In: BÍBLIA SAGRADA, 2001, p. 708;

te susterá. Nunca permitirá que o justo seja abalado.” Os benefícios da oração não são imaginários; são reais. Quando oramos, nos comunicamos com Deus, que está ‘perto dos que têm coração quebrantado’. — Salmo 34:18.

Os cristãos do primeiro século foram instruídos a ‘falar consoladoramente às almas deprimidas’. (1 Tessalonicenses 5:14). Em II Cor. 1:3 lemos que Deus é o Deus de todas as consolações e no Sl. 34.18 lemos: “Perto está Deus dos que têm coração quebrantado; e salva os que têm espírito esmagado.”

Como lemos acima, as Escrituras Sagradas recomendam a oração, a fé, o temor de Deus, o aconselhamento, como alguns dos recursos espirituais para lidar com a depressão. O capelão hospitalar é alguém que está familiarizado com as diferentes emoções, porque já na sua formação bíblica se depara com tristezas e depressões. O conselheiro familiarizado com isto e ciente das emoções presentes, será de grande utilidade para auxiliar na recuperação do paciente.

Nos capítulos que teremos a seguir, trataremos destes itens de forma mais detalhada.

2 A VISÃO HOLÍSTICA NA ABORDAGEM DO PACIENTE CARDIOVASCULAR POR PARTE DOS CUIDADORES

Segundo Martins⁸³ será necessário resgatar uma visão antropológica, que considere o homem de forma ampla e integral na qual se valorizem todas as dimensões da existência humana e suas relações com a natureza, com o outro e com Deus. Cuidar integralmente de sua saúde significa prestar atenção aos cuidados com o corpo, a alma e o espírito; significa olhar para o paciente como ser integral.

2.1 SAÚDE INTEGRAL

Leloup⁸⁴, em seu livro “Terapeutas do Deserto”, descreve as diferentes abordagens do ser humano - Há a visão unidimensional do ser humano – o humano apenas como corpo (soma). A visão bidimensional, onde se considera o ser humano não somente como matéria, corpo, mas também com uma psique (alma). A visão tridimensional em que além do soma, da psique, há também o que os gregos chamam de *nous*, ou espírito em português. E uma quarta visão do humano, em que o Pneuma (o grande sopro da vida) atravessa as três anteriores.

O ser humano, antes de tudo, é um ser biológico, mas reduzi-lo a isso muitas vezes traz consequências desastrosas para a forma com que irá encarar o mundo: será *limitante e redutora*⁸⁵ na condição de paciente. A redução ao biológico pode levar a sobrevalorizar esse aspecto, levando a “mutilações e iatrogenias, ou seja, acrescentando novas doenças e assim, dificultando ainda a

⁸³ MARTINS, Alexandre Andrade. *É importante a espiritualidade no mundo da saúde?* São Paulo: Paulus, 2009, p. 15.

⁸⁴ LELOUP, Jean-Yves e BOFF, Leonardo. *Terapeutas do Deserto: de Filon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Dürckheim*. Petrópolis: Vozes, 2012.

⁸⁵ LELOUP, 2012, p. 52.

relação de cuidado, uma vez que o paciente não se sente compreendido no seu sofrimento.”⁸⁶

Para o nosso estudo, tomando por base a antropologia judaico-cristã, consideraremos o ser humano como um ser que tem um corpo que age (soma=bio), uma mente que pensa (psyche=psíquico), um espírito que transcende (pneuma=espírito) e uma necessidade de ter relações (social). A abordagem e leitura de qualquer sintoma das enfermidades e/ou do sofrimento humano será feito nessa forma holística. Conseqüentemente, o cuidado deve ser de forma integral, pois de acordo com Adalberto Barreto⁸⁷, doutor em psiquiatria e em antropologia: “Quando existem distorções entre o corpo físico e a mente ou entre a mente e o espírito aparecem os sinais de alerta, os sintomas, que são as mensagens simbólicas sugerindo-nos uma parada para repensar a forma de ser e agir no mundo”.⁸⁸

Boff também concorda que existe uma interligação entre corpo-alma-espírito, quando escreveu que:

Os pecados (*harmatiai*), isto é, as atitudes desarmônicas consigo mesmo, com os outros, com o cosmos e com a Fonte originária de tudo, deslançam processos que afetam o equilíbrio físico-psíquico-espiritual do ser humano. Em outras palavras produzem doenças.⁸⁹

Acrescenta que a arte terapêutica é mais que médica; é integral, portanto profundamente espiritual.⁹⁰

Martins⁹¹ comenta que o conceito da saúde é amplo – envolve as dimensões biológica, psíquica, social e espiritual, como define a Organização Mundial da Saúde. Ainda ressalta que *uma dimensão pode influenciar outra positiva ou negativamente* de forma que recorre a uma concepção de homem mais integral e aberta à realidade transcendente: “O ser humano é um todo, um ser integral cuja existência é constituída por todas as suas dimensões, na relação

⁸⁶ BARRETO, Adalberto de Paula. *Quando a boca cala, os órgãos falam - :desvendando as mensagens dos sintomas*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2012, p. 18.

⁸⁷ BARRETO, 2012, p. 42.

⁸⁸ BARRETO, 2012, p. 42.

⁸⁹ BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 172.

⁹⁰ BOFF, 2001, p. 174.

⁹¹ MARTINS, 2009, p. 10.

contínua consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com a transcendência (com Deus, sua dimensão espiritual).”⁹²

Sendo assim, a dimensão espiritual tem sua relevância no mundo da saúde. Savioli comenta que, após a sua conversão ao cristianismo, passou a tratar alguns de seus pacientes falando um pouco da Palavra de Deus e passou a ter todos seus horários lotados! Ele menciona que “recebiam tratamento do corpo, como todos os médicos poderiam dar, mas saíam também orientados para a cura da alma e do espírito, como somente os médicos de Deus poderiam fazer.”⁹³

Fabio Ikeda⁹⁴, médico e cientista, cita que Alexis Carrel e Paul Tournier juntaram-se a Victor Frankl para solicitar que o ser humano torne-se, novamente, preocupado consigo mesmo como *uma pessoa*. Tão maravilhosamente como a ciência e os produtos da ciência são em nossas vidas, nós devemos, a fim de nos preservarmos como *seres humanos integrais*, olhar para o próprio humano e sua orientação para Deus, a fim de estarmos aptos a viver no futuro.

Alexis Carrel⁹⁵ afirma que a saúde da inteligência, do senso afetivo, disciplina, moral e desenvolvimento espiritual são tão necessários quanto a saúde do corpo e prevenção de doenças infecciosas. Essa abordagem integral do ser humano encontra-se fundada na compreensão cristã. De acordo com o livro I Tessalonicenses 5:23, “[...] Que todo o espírito, a alma e o corpo de vocês sejam preservados irrepreensíveis na vinda do nosso Senhor Jesus.”⁹⁶

Enfim, estes cientistas acima citados concordam com as Escrituras Sagradas a respeito de cuidar do ser humano de forma holística, ou integral. A seguir, para fins didáticos, veremos cada parte do ser humano para depois fazer a interligação entre estas partes.

⁹² MARTINS, 2009, p. 10.

⁹³ SAVIOLI, 2004, p. 50.

⁹⁴ IKEDA, Fabio. *Um vazão do tamanho de Deus*. São Paulo: Abba Press, 2009.

⁹⁵ CARREL apud IKEDA, 2009.

⁹⁶ BÍBLIA SAGRADA, 2001, p.1295.

2.2 CUIDADOS COM O CORPO

Escrevemos no primeiro capítulo que há diversos fatores de risco que podem causar problemas cardiovasculares, tais como, cigarro, obesidade, sedentarismo, pressão alta, etc. De acordo com o Departamento de Nutrição do Instituto do Coração, que ministra semestralmente o curso “Como cuidar do coração”, para se contrapor a estes fatores faz-se necessário procurar ter uma dieta equilibrada, uma alimentação saudável, diminuir o sal, evitar o cigarro, saber lidar com o estresse, cuidar do emocional, ter um descanso semanal, sair do sedentarismo fazendo exercícios físicos que só trarão benefícios ao corpo humano.

Cuidar do corpo implica também, em cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, relações essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que respiramos, e nos situamos dentro de um determinado espaço ecológico.⁹⁸ Enfim, cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida⁹⁹, ou seja, sucessos e fracassos, compromissos e trabalhos, saúde e sofrimento, encontros significativos e crises existenciais. Quando desejamos acompanhar alguém que sofre, cuidamos do seu corpo, mas não devemos nos esquecer de sua alma com todas as suas memórias, e conforme Leloup, não esquecemos seu mundo psicológico, emocional e também, este mundo de silêncio que existe nele.¹⁰⁰

2.3 CUIDADOS COM A ALMA

Torna-se difícil dar uma definição concreta da alma, pois a alma não é uma entidade concreta, mas abstrata. A alma foi sempre um dos problemas mais constantes da maior parte das religiões e filosofias de todos os tempos. Uma definição que vai ao encontro do que a autora pensa está neste parágrafo:

A “alma” e o “espírito” são parecidos na maneira pela qual são usados na vida espiritual do cristão. Eles são diferentes em sua

⁹⁸ BOFF, 2001, p. 171.

⁹⁹ BOFF, 2001, p. 171.

¹⁰⁰ LELOUP, 2012, p. 55.

identidade. A “alma” é a visão horizontal do homem com o mundo. O “espírito” é a visão vertical do homem com Deus. É importante compreender que ambos se referem à parte imaterial do homem, mas somente o “espírito” se refere à caminhada do homem com Deus. A “alma” se refere à caminhada do homem no mundo, tanto material quanto imaterial.¹⁰¹

Segundo textos das Escrituras Sagradas, alma é a parte não-material e imortal do ser humano¹⁰², tem sede da consciência própria, da razão, dos sentimentos das emoções.¹⁰³ A alma então, é o elemento psicológico, a base da razão, da emoção, das relações sociais, etc. A descrição acima mostra uma psicologia aberta à transcendência, pois de acordo com Leloup:

Uma psicologia fechada em si mesma, dependente de uma antropologia limitada, não aberta à transcendência, não aberta ao desconhecido que habita a profundidade do ser humano e a profundidade do ser cósmico, pode algumas vezes conduzir a impasses.¹⁰⁴

Para Barreto,¹⁰⁵ nossa mente (cérebro), isto é, nosso corpo psíquico, registra em nosso corpo físico todos os acontecimentos que vivemos. Acrescenta que a doença que atinge o corpo tem uma relação direta com o que se passa na mente da pessoa: “assim como o corpo não pode viver sem consciência, ele também não pode ficar doente sem a consciência”.¹⁰⁶ Mais além, Corintha Maciel¹⁰⁷ é enfática quando diz que: “a chave para se compreender a doença e a cura é aprender a ‘traduzir’ a fala do sintoma, reconhecendo-a como um símbolo que se precipitou no corpo físico.”

¹⁰¹ Qual a diferença entre a alma e o espírito do homem? Disponível em: <http://www.gotquestions.org/Portugues/diferenca-alma-espírito.html>. Acesso em: 07 ago. 2013.

¹⁰² Evangelho segundo Mateus 10:28.

¹⁰³ BÍBLIA SAGRADA. Gênesis 42:21.

¹⁰⁴ LELOUP, 2012, p. 26.

¹⁰⁵ BARRETO, 2012, p. 18.

¹⁰⁶ LUDGER, apud BARRETO, 2012, p.47.

¹⁰⁷ MACIEL apud BARRETO, 2012, p. 47.

Observamos por estes autores que existe uma estreita ligação entre a mente (alma) e o corpo, confirmando a conhecida frase “mente são, corpo são”; assunto este que trataremos mais adiante, quando mencionarmos as interligações existentes entre o corpo/alma/espírito

2.4 CUIDADOS COM O ESPÍRITO

As bases bíblicas sobre o tricotomismo – o homem composto de três elementos: corpo, alma e espírito estão nos livros da Bíblia Sagrada em I Tessalonicenses 5.23¹⁰⁸ e Hebreus 4.12¹⁰⁹. Há outros trechos em I Coríntios 2.14-15, Romanos 8.16, João 4.24 que mencionam a mesma coisa. Estes dois últimos versículos podem sugerir que o espírito pode ser essência da natureza divina.

De acordo com Erickson¹¹⁰, esse elemento religioso – o espírito - permite aos seres humanos perceberem questões espirituais e reagir aos estímulos espirituais. Trata-se do centro das qualidades espirituais do indivíduo, visto que os traços de personalidade residem na alma.

Boff acrescenta que o espírito levanta interrogações, tais como: “Quem sou eu?” “Qual é meu lugar dentro desta miríade de seres?” “O que podemos esperar além da vida e da morte.”¹¹¹ E o espírito é aquele momento do ser humano corpo-alma em que ele escuta estas interrogações e procura dar-lhes uma resposta.¹¹²

A dimensão do espírito, segundo Boff¹¹³, capacita o ser humano a criar sentidos, inventar símbolos, expressar compaixão e generosidade, assim como abrir-se ao diálogo com Deus. Assim, cuidar do espírito significa alimentar a brasa interior da contemplação e da oração para que nunca se apague. Significa especialmente cuidar da espiritualidade experienciando Deus em tudo e permitindo seu permanente nascer e renascer no coração.¹¹⁴

¹⁰⁸ “O mesmo Deus da paz vos santifique em tudo; e o vosso espírito, alma e corpo sejam conservados íntegros e irrepreensíveis na vinda de nosso Senhor Jesus Cristo”.

¹⁰⁹ “Porque a palavra de Deus é viva, e eficaz, e mais cortante do que qualquer espada de dois gumes, e penetra até ao ponto de dividir alma e espírito, juntas e medulas, e é apta para discernir os pensamentos e propósitos do coração.”

¹¹⁰ ERICKSON, Millard J. *Introdução à Teologia Sistemática*. São Paulo: Vida Nova, 1997, p. 228.

¹¹¹ BOFF, 2012, p. 177.

¹¹² BOFF, 2012, p. 177.

¹¹³ BOFF, 2012, p. 178.

¹¹⁴ BOFF, 2012, p.180.

Viktor Frankl, herdeiro da antropologia judaica, escreveu que além do biológico, do psíquico e do sociológico, há no humano essa dimensão espiritual: *noos*, o espiritual refere-se ao *noos* ou *logos* (*nous*) e pode ser chamado de *noético*. Sua posição se aproxima da de Boff, no sentido de que o espiritual vai mais além do religioso ou do supranatural. O *noético* ou espiritual só pode ser encontrado numa dimensão superior e especificamente humana.

[...] o homem vive em três dimensões: o somático, o mental e o espiritual. A dimensão espiritual não pode ser ignorada, pois ela que nos torna humanos. Diagnóstico adequado pode ser feito somente por quem pode ver o lado espiritual do homem.¹¹⁶

Frankl considera, assim, o ser humano bio-psico-espiritual, como uma unidade apesar da pluralidade e é a visão que adotamos também.

2.5 A INTERLIGAÇÃO ENTRE CORPO/ALMA/ESPÍRITO

Adalberto de Paula Barreto menciona que “aquilo que vivemos interiormente se exterioriza no corpo físico como numa tela de projeção. Nesse sentido, corpo e mente estão interligados”.¹¹⁷ Outrossim, para Vaz¹¹⁸, é o sujeito/pessoa subjetiva que vai importar, e essa pessoa humana é compreendida como corpo, psiquismo e espírito. De forma que, nestes próximos itens estaremos escrevendo as relações que existem entre as emoções e o corpo, relações entre o corpo e o espírito, e as emoções e o espírito, finalizando sobre a questão da psicossomática.

¹¹⁶ FRANKL apud REVISTA LOGOS & EXISTÊNCIA. Revista da Associação Brasileira de Logoterapia. 2012, p. 57.

¹¹⁷ BARRETO, 2012, p. 45.

¹¹⁸ VAZ, apud KUSTER, Margareth de Oliveira. Dissertação de mestrado. *Reflexões de profissionais da saúde em relação a pacientes infantis neurológicos crônicos em cuidados paliativos: um olhar da bioética*. São Leopoldo, 2011.

2.5.1 Relação entre as emoções e o corpo

Guareschi nos convida a refletirmos sobre o ser humano enquanto pessoa e, portanto, pessoa em relação com outros, em que o biológico e o psicológico/subjetivo interagem todo o tempo em busca de significação e respostas para os fatos e a vida.¹¹⁹

Há uma estreita ligação entre os acontecimentos fisiológicos e os sentimentos emocionais,

[...] os estados emocionais provêm secundariamente do sistema voluntário ou da conduta. O lado emocional abrange o controle involuntário das reações emocionais vasculares e viscerais, ao passo que o do comportamento envolve respostas de ação dadas pela estrutura muscular.¹²⁰

Para este autor, os sentimentos promanam das ações. Pode-se observar que há uma ligação muito estreita entre a dimensão física e emocional do ser humano.

De acordo com Glória Heloíse Perez¹²¹, estudos sobre o impacto de emoções repentinas, intensas e negativas sobre o funcionamento do coração observam que as alterações cardíacas na vivência das emoções podem chegar até a provocar a doença cardíaca: coração apertado, coração na boca, coração disparado são algumas das descrições que são feitas quando as pessoas sentem angústia, ansiedade, tristeza, alegria, medo.

Segundo Isosaki há uma relação entre corpo e mente, em que um interfere no funcionamento do outro... *E é o coração, um órgão de repercussão fisiológica das emoções, ou seja, ele sofre alterações no seu funcionamento na vivência destas.* Por exemplo, na ansiedade, temos as alterações das funções orgânicas, entre as quais: aceleração (ou raramente diminuição do ritmo cardíaco), dispnéia (dificuldade na respiração) ou taquipnéia (respiração acelerada). Tremores. Modificações metabólicas (por exemplo: glicemia, nível de colesterol).¹²² Quando se está angustiado, os sintomas mais frequentes são: compressão torácica -

¹¹⁹ GUARESCHI, apud KUSTER, 2011.

¹²⁰ ADAMS, Jay. *Conselheiro Capaz*. São Paulo: Fiel, 1999, p. 103.

¹²¹ PEREZ, apud ISOSAKI, 2009.

¹²² ISOSAKI, 2009, p. 36.

coração apertado, respiração curta, palpitações cardíacas, dores no peito. Observe-se que estes são sintomas de doenças cardíacas.

Perez acrescenta que estudos sobre o impacto de emoções repentinas, intensas e negativas sobre o funcionamento do coração observam que as alterações cardíacas na vivência das emoções podem chegar até a provocar a doença cardíaca. Ela cita que a raiva e hostilidade estão associadas com o desenvolvimento da doença arterial coronária, pois geram alterações do sistema nervoso simpático que, por sua vez, pode desencadear espasmos das artérias coronárias, ruptura de placas ateroscleróticas e aumentar a agregação plaquetária.¹²³

Estes dados nos mostram que existe uma completa integração entre o corpo e a mente. Lembrando que o “ser” é uma completa inter-relação de fatores psicológicos, biológicos e socioculturais, entenderemos porque a doença cardiovascular está ligada para além dos fatores biológicos, ao nosso funcionamento psíquico, ao nosso comportamento e ao nosso estilo de vida.¹²⁴

Romano¹²⁵ escreve que a compreensão total cérebro/mente/coração resulta nos sinais reais do que se conceitua qualidade de vida e, por conseguinte, de êxito cirúrgico. Agrega-se ao anteriormente citado, de acordo com Friesen, a ideia de que a disciplina da psicossomática é a que mais representa estes esforços. Torna-se compreensível que os tratamentos hospitalares investem cada vez mais em profissionais da psicologia e de assistência social.

2.5.2 Relação entre o corpo e espírito

De acordo com Marino, através da nossa estrutura cerebral podemos ter a capacidade de conhecer o divino diretamente, sem ajuda externa. Isto implica que o desejo pelo transcendente é inato no ser humano, não induzido, sugerido ou

¹²³ PEREZ, apud ISOSAKI, 2009, p. 37.

¹²⁴ ISOSAKI, 2009.

¹²⁵ ROMANO, 2001, p. 85.

imposto por outrem. O autor menciona ainda o filósofo e neurocientista Arthur Mandel em seu livro *Toward a psychobiology of transcendence: God in the brain*, ao afirmar que o reino dos céus pode ser encontrado no lobo temporal direito, que é o nosso meio biológico de nos comunicarmos com Deus e com a memória universal.

Mais adiante, Marino¹²⁶ cita o sentimento religioso que nos dá um sentido de valor e significado do mundo [...] mostrando-nos que não vivemos no vácuo, mas num Universo auto-organizado, do qual fazemos parte. Marino acrescenta que está, então, no cérebro humano, a capacidade de se conectar com a divindade, denominado pelo autor de *sensação de presença de uma divindade*.
127

Possuímos hoje razoável evidência científica de que existem áreas, no cérebro humano, responsáveis pela geração de uma consciência espiritual ou religiosa, ali instalada pela própria natureza ou por seu Criador. Os resultados obtidos nos fazem concluir que a experiência de uma presença sensível é uma propriedade intrínseca do cérebro humano e da experiência humana. Isso concorda com a afirmação de Morse de que

[...] o lobo temporal direito é subutilizado em suas funções mais elevadas, deixando de produzir em nós a necessária introspecção e o contato com as coisas do espírito [...] O sistema límbico está intimamente relacionado ao que chamamos de experiências espirituais.¹²⁸

Marino¹²⁹ finaliza escrevendo que, quando surge no homem o entendimento do religioso e do sagrado, em grande parte pela atividade do sistema límbico, esse entendimento – da vida e da morte – será capaz de habilitá-lo a conduzir sua vida de acordo com o significado e a sabedoria das leis universais, das leis morais e da dignidade do ser humano.

¹²⁶ MARINO, 2005, p. 41.

¹²⁷ MARINO, 2005, p. 89.

¹²⁸ MORSE, apud MARINO, 2005, p. 37 e 77.

¹²⁹ MARINO, 2005, p. 89.

2.5.3 Relação emocional e espiritual

No aspecto espiritual, o médico e cientista Fabio Ikeda cita as declarações do médico Herbert Benson, diretor do Instituto Mente-Corpo, da Universidade de Harvard, que afirma que os seres humanos têm¹³⁰ uma ânsia por Deus, por algo eterno, porque o ser humano é a única espécie animal que tem consciência da sua própria mortalidade. Uma amostra de 340 doentes terminais, 332 famílias recentemente enlutadas, 361 médicos e 429 profissionais que cuidam de doentes terminais foi questionada com relação aos fatores considerados mais importantes no final de vida: Entre os 44 atributos relacionados à qualidade do fim de vida, na opinião dos pacientes e familiares, empatados em primeiro lugar estavam “ausência de dor” e “ter paz com Deus”, como constata Ikeda.¹³¹

Anos atrás foi realizada uma pesquisa de opinião pública na França.¹³² O resultado mostrou que 89% das pessoas consultadas admitiram que o ser humano precisa de *algo* pelo qual possa viver. Isso leva à busca *de alguma outra coisa* ou de algo mais. O ser humano, então, procura preencher o vazio em sua vida com estudo, profissão, dinheiro, sucesso, pessoas, filosofias, viagens, mas essas coisas não são suficientes. E, quando acontece uma falência, bancarrota, alguma perda ou prejuízo, além do emocional ser afetado por outros revezes, acarreta às vezes, em danos físicos, como um infarto, AVC, etc.

Conforme Romano¹³³, a cirurgia cardíaca, além de promover a violação do corpo, permite simbolicamente remexer em aspectos psicológicos que são a essência do indivíduo. Romano acrescenta que reconhecer e intervir nas necessidades psicológicas dos pacientes cardíacos é muito importante para sua recuperação no curto e no longo prazo. Hoepfner concorda com Gottwald: é

¹³⁰ IKEDA, 2009, p. 12

¹³¹ IKEDA, 2009, p. 12.

¹³² CHRISPINO, Raquel Santos. A busca de sentido no trabalho no Poder Judiciário. *Revista Forum*, Rio de Janeiro, n. 38, ano 13, junho de 2014. Disponível em: http://www.amaerj.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Forum_38_FINAL-menor.pdf. Acesso em 12 set. 2014. p. 26.

¹³³ ROMANO, Bellkiss Wilma. *Psicologia e cardiologia : encontros possíveis*. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2001, p.70.

necessária a dimensão espiritual que procura entender e dar sentido à doença, pois o “fato real é que a busca da espiritualidade faz parte das preocupações e direcionamentos do homem contemporâneo”¹³⁴. Nenhuma das áreas existe em compartimentos estanques, assim, portanto, doenças psiquiátricas têm seus aspectos espirituais assim como físicos, e doenças espirituais têm seus atributos psiquiátricos e físicos. Uma expansão é, portanto, necessária no pensamento humano em todas estas áreas.

Pesquisas recentes mostram que a orientação religiosa espiritual tem efeitos benéficos sobre a saúde e contribui para que pessoas tenham melhores condições de lidar com situações críticas.

Por conseguinte, há um crescente reconhecimento de que a cura de uma pessoa não é compreendida corretamente quando fatores religiosos espirituais são ignorados. Wilson aponta para o fato de que profissionais da área da saúde, cada vez mais, compreendem o agente pastoral como alguém que se faz presente para auxiliar e complementar a assistência junto ao leito. Trata-se de um colaborador capaz de remover empecilhos importantes para a recuperação da pessoa enferma, gerando paz de espírito ou aliviando sua consciência pesada.¹³⁵

Para cumprir seu papel, é importante que o agente da capelania compreenda as múltiplas dimensões do adoecimento, entre elas a abordagem psicossomática das doenças cardíacas, tema do próximo item.

2.5.4 Abordagem psicossomática das doenças cardíacas

Vimos nos itens anteriores que há uma inter-relação entre o corpo, alma e espírito, assunto este tratado na medicina psicossomática. O conceito de holismo é básico para a medicina psicossomática, introduzido na Medicina por Smutes, em 1926.¹³⁶ O termo advém do grego *holos*, que significa todo. Segundo Mello Filho, este conceito “estabelece noções acerca da natureza biopsicossocial do

¹³⁴ GOTTWALD, Bruno Herbert. *A dimensão profética da assistência espiritual no contexto hospitalar*. 2005. 49 f. Monografia de Conclusão (Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2005. In HOEPFNER, Daniel Annuseck. *Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto. Referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais*, São Leopoldo, RS, 2012.

¹³⁵ WILSON, Michael. *O hospital: fragmentação e conflito*. Ensaio. 5. São Leopoldo: 1970, p. 52-63. In HOEPFNER, 2012, p. 60.

¹³⁶ MELLO FILHO, Julio de. *Psicossomática hoje*. Dados eletrônicos, Porto Alegre: Artmed, 2010.

homem, na saúde e na doença, bem como o respectivo tratamento.” E, reafirma que “o estudo e a pesquisa devem sempre levar em conta a pessoa como um todo e não as partes isoladas.”¹³⁷

Uma das definições da doença psicossomática é “quando distúrbios psicológicos se tornam físicos. É um processo pelo qual a pessoa ‘transfere’ para o organismo a carga emocional decorrente de algum problema que está vivendo.”¹³⁸

Mello Filho define psicossomática mais restrita à visão ideológica deste movimento e às pesquisas que se fazem destas ideias, ou seja, sobre a relação mente-corpo, sobre os mecanismos de produção de enfermidades, notadamente, sobre os fenômenos do estresse.¹³⁹

Neste aspecto, Alexander concorda ao mencionar que “a sintomatologia dos assim chamados distúrbios cardiovasculares funcionais, nos quais fatores emocionais podem ter importância etiológica, é variada, tal como: taquicardia, palpitação nervosa, diferentes formas de arritmia e astenia neurocirculatória, etc.”¹⁴⁰

A hipótese de que uma pessoa tenha uma doença psicossomática não significa que a dor e a enfermidade não existem.

O diferencial mais importante para se considerar uma doença como psicossomática é entender que a causa principal desta descompensação física, que aparece no corpo, está na esfera emocional da pessoa, ligada, portanto à sua mente, aos seus sentimentos, à sua afetividade. E esta variável emocional se torna importante tanto no desencadeamento de um episódio, de uma crise, quanto na intensidade e/ou manutenção do sintoma, conforme cada pessoa. As relações entre o corpo e a mente são

¹³⁷ MELLO FILHO, 2010, p. 21.

¹³⁸ DOENÇA PSICOSSOMÁTICA. Disponível em: <http://espiritualidadeamorpsicologia.wordpress.com/tag/psicossomatica/>. Acesso em: 12 fev. 2014.

¹³⁹ MELLO FILHO, 2010.

¹⁴⁰ ALEXANDER, Franz. *Medicina Psicossomática: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, p. 111.

mais próximas do que costumamos imaginar e os mecanismos inconscientes são muito presentes nesta ligação.¹⁴¹

Dahlke concorda com a declaração acima quando menciona que “o corpo é palco de acontecimentos desconhecidos da alma”, ou, nas palavras do escritor Peter Altenerg: “A doença é o grito de uma alma agredida. Trata-se pois, de descobrir o que a agride, e para tanto o corpo oferece as indicações necessárias.”¹⁴²

Alexander acrescenta que é bem conhecida a íntima correlação da ansiedade e da raiva com a atividade cardíaca; ao passo que para Barreto, “o paciente com sintomatologia cardiovascular, está preso entre a hostilidade e o medo, uma emoção alimenta outra em círculo vicioso...”¹⁴³

Mello Filho descreve o trabalho desenvolvido por Dreyfun, Shanon e Sharon, “em que demonstram que existe grande risco de doenças coronárias em pessoas que experimentam um pequeno controle sobre suas vidas, nas quais a relação entre o esforço despendido e a realização é muito incerta e relatam conflitos com o seu contexto de vida.”¹⁴⁴ Segundo Wendling, “O coração é o lugar da alma, é o centro do ser humano. É o centro das emoções. Quando reprimimos nossos sentimentos, o coração sofre. Quando sentimos demais, o coração também sofre as consequências.”¹⁴⁵

A psicóloga Roseli Kühnrich de Oliveira expressa que “a dor que não é expressa verbalmente se manifesta de forma psicossomática, ou seja, faz adoecer.”¹⁴⁶ Assim, o sintoma é uma saída que a pessoa encontra para expressar o que ela não consegue falar ou sentir. Todo sintoma traz um caminho para a saúde. Mostra que algo não vai bem. Há sentimentos escondidos.

¹⁴¹ DOENÇA PSICOSSOMÁTICA. Disponível em: <http://espiritualidadeamorpsicologia.wordpress.com/tag/psicossomatica/>. Acesso em: 12 fev. 2014.

¹⁴² DAHLKE, Rüdiger. *A doença como símbolo – pequena enciclopédia de psicossomática*. São Paulo: Cultrix, 1996,

¹⁴³ BARRETO, 2012, p. 277.

¹⁴⁴ MELLO FILHO, 2010, p. 114.

¹⁴⁵ WENDLING, Paulo. *Fica livre da tua doença - Uma abordagem holística das principais enfermidades e de como livrar-se delas usando recursos naturais*. São Paulo: Paulinas, 2012.

¹⁴⁶ OLIVEIRA, Roseli Kühnrich. *Cuidando de quem cuida: um olhar de cuidados aos que ministram a palavra de Deus*. Joinville: Grafar, 2012, p. 83.

De acordo com Oliveira¹⁴⁷, um ambiente propício, com alguém também disposto a ouvir empaticamente, ou seja, sem preconceitos ou objeções preliminares, caracteriza uma escuta terapêutica. Eis aí um fator que mostra a importância do profissional tratando da área da espiritualidade ou o capelão estar junto ao paciente em seu sofrimento e levá-lo a falar de sua dor, qualquer que seja ela.

Em suma, concordamos com Mello Filho em termos de prática da saúde:

[...] evoluímos, por razões várias de prática de uma psicossomática dirigida apenas a médicos pela necessidade de um campo de conhecimento que possa se voltar para qualquer profissional de saúde, não só, porque estes estão incluídos nestas práticas, como também pelo fato de que estão se voltando para o universo dos fenômenos psicossomáticos e para uma prática de saúde que seja realmente integral.¹⁴⁸

Outrossim, para este autor, a medicina psicossomática investiga e oferece caminhos para a prática na promoção de saúde - voltada para o paciente, portanto menos voltado para o sintoma ou para a doença. “Seu avanço só tem sido factível graças à possibilidade de diferentes e complexas disciplinas serem utilizadas de forma integrada.”¹⁴⁹

Observamos neste item a importância de uma equipe multidisciplinar no hospital e do indivíduo se abrir com alguém, pois escreve Barreto, “quando a boca cala o corpo fala, quando a boca fala o corpo sara”.¹⁵⁰ No próximo capítulo, abordaremos sobre a espiritualidade incluindo a fé e o coração como dimensão psicológica e espiritual.

¹⁴⁷ OLIVEIRA, 2012, p.83.

¹⁴⁸ MELLO FILHO, 2010, p. 30.

¹⁴⁹ MELLO FILHO, 2010, p.115.

¹⁵⁰ BARRETO, 2012, p. 5.

3 ESPIRITUALIDADE, FÉ E CORAÇÃO COMO DIMENSÃO PSICOLÓGICA E ESPIRITUAL

No capítulo anterior abordamos a relação entre as diferentes dimensões no adoecer, enfocando o aspecto psicológico e a influência das emoções no coração do ser humano. Também introduzimos o lugar da espiritualidade na abordagem das enfermidades, mas sendo este o tema central deste trabalho procuraremos aprofundá-lo neste capítulo. Marie-Line Morin ressalta a dimensão espiritual “subjacente à tendência amorosa ferida nas perturbações psicossomáticas. As aspirações espirituais recalçadas procurarão, por meio do corpo, fazer ouvir seu grito.”¹⁵¹

3.1 ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade volta ao cenário das discussões acadêmicas, passando a ser essencial para a saúde integral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) acrescentou recentemente a dimensão espiritual a seu conceito multidisciplinar de saúde, quando, anteriormente, restringia o conceito de saúde. Atualmente há muitos estudos que apontam os benefícios à saúde, física e mental, da prática religiosa ou da espiritualidade.¹⁵²

A Academia Americana de Médicos de Família (AAFP-American Academy of Family Physicians), uma respeitada associação médica nos EUA (mais de 93000 associados, o que corresponderia a metade do número de médicos do Brasil), “relaciona espiritualidade com algo que todas as pessoas buscam, seja qual for a classe social ou escolaridade”.¹⁵³ De forma que, como ponto de partida,

¹⁵¹ MORIN, Marie-Line. *Psicossomática e Espiritualidade* IN DUMAS, Marc. *A psicossomática – quando o corpo fala ao espírito*. São Paulo: Loyola, 2004, p. 55.

¹⁵² Vide os estudos descritos por DALGALARRONDO em *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

¹⁵³ IKEDA, Fabio. *Espiritualidade e paz interior. Corpo, Alma e Espírito*. 2014. Disponível em: <http://www.coales.com.br/Default.aspx?tabid=1035>. Acesso em: 17 fev. 2014.

não se pode confundir espírito e espiritualidade com religião. Ela define a espiritualidade como o modo que você encontra significado, esperança, conforto e paz interior em sua vida.¹⁵⁴ O cultivo da espiritualidade favorece a liberdade interior. “A pessoa percebe-se peregrino e mantém a serenidade de quem repousa em Deus.”¹⁵⁵ A ira, a competição exacerbada que pode levar ao estresse, prejudicam o coração. Victor Frankl escreve que “a dimensão espiritual não pode ser ignorada, pois ela que nos torna humanos. Diagnóstico adequado pode ser feito somente por quem pode ver o lado espiritual do homem.”¹⁵⁶

Martins relata que, quando se fala em espiritualidade, se trata de uma relação com algo superior à própria materialidade. Segundo este autor, a busca do homem é, em primeiro lugar, transcender os limites da contingência humana e história – “o homem busca pelo intelecto transcender a realidade material; pelo conhecimento, faz-se uma experiência transcendente”.¹⁵⁷

Embora a espiritualidade não deva ser confundida com religião ou religiosidade, também não se pode esquecer sua relação com a mesma. Neste sentido, o médico Fernando Lucchese,¹⁵⁸ em sua entrevista, define a espiritualidade como uma busca do transcendente; enquanto que a religiosidade é a manifestação física desta busca do transcendente. Em seu conceito de pesquisa, ambas andam juntas, uma vez que a religiosidade pode ser medida e a espiritualidade não.¹⁵⁹

Koenig¹⁶⁰ define espiritualidade como sendo “a busca pessoal pela compreensão de respostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, o significado e a relação com o sagrado ou o transcendente que pode (ou não) levar a ou originar-se do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação da

¹⁵⁴ IKEDA, Fabio. Espiritualidade e paz interior. *Corpo, Alma e Espírito*. 2014. Disponível em: <http://www.coales.com.br/Default.aspx?tabid=1035>. Acesso em: 17 fev. 2014.

¹⁵⁵ MURAD apud IKEDA, 2014, s/p.

¹⁵⁶ FRANKL, Victor, M.D. *From Death Camp to Existentialism*. Boston, Massachusetts: Beacon Hill Press, Beacon Hill, s/d

¹⁵⁷ MARTINS, Alexandre Andrade. *É importante a espiritualidade no mundo da saúde?* São Paulo: Paulus, 2009, p. 39.

¹⁵⁸ Vide anexo 1.

¹⁵⁹ Vide anexo 1.

¹⁶⁰ Este cientista menciona pesquisas realizadas em 350 cardiopatas na véspera da cirurgia cardíaca: pelo menos 65% dos pacientes, a princípio gostariam que o médico ou a equipe de saúde abordasse a questão da espiritualidade antes de cirurgia de alto risco.

comunidade.”¹⁶¹ Acrescenta que depois de grandes números de pesquisas, há um efeito positivo da presença da espiritualidade, seja na fase pré-operatória, quanto pós-operatória, ou mesmo na fase pré-diagnóstico, pós-diagnóstico, na fase pré-tratamento, ou pós-tratamento.

Ikeda comenta que a maioria das pessoas medita com profundidade sobre o significado da vida, esperança, e conforto quando recebe uma notícia trágica, ou quando sente o impacto de uma doença grave atingindo a si ou alguém conhecido.

Uma outra pesquisa foi realizada com 231 pacientes com câncer terminal. Uma das perguntas era: “O que mantinha a qualidade de vida?” As principais respostas eram: “tipo de alimentação; contato físico com aqueles que me importo, alívio da dor, a resposta mais comum: relacionamento com Deus.”¹⁶²

A conclusão foi de que pacientes terminais mantiveram seu relacionamento com Deus, apesar das severas dificuldades funcionais e sintomas físicos. E, segundo Martins,¹⁶³ esta marca espiritual para o povo da América Latina é algo tão profundo, que possibilita encontrar sentido mesmo diante de grande sofrimento físico ou psicológico, presente no mundo da saúde porque está presente nas pessoas que o constituem.

As pesquisas citadas corroboram a afirmação da teologia cristã de que, a vocação do ser humano é encontrar-se com Deus e estabelecer uma comunhão com Ele, “[...] o ser humano não tem como se realizar plenamente se não se voltar para Deus, pois esse é seu desejo profundo.”¹⁶⁴ Acrescenta que o homem suporta todas as dores porque Deus, por amor, o sustenta e dá força para não desistir da vida. E é esta força da graça de Deus que é encontrada num paciente em estado crítico num leito hospitalar, quando expressa, numa singela frase, seu

¹⁶¹ KOENING, apud FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. *Explicando o significado do WHOQOL – SRPB*. Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 34, supl. 1; p. 146, 2007.

¹⁶² IKEDA, Fábio. *Espiritualidade em momentos cruciais. Corpo, Alma e Espírito*. 2014. Disponível em: <<http://www.coales.com.br/Default.aspx?tabid=1037>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

¹⁶³ Martins, 2009, p. 42.

¹⁶⁴ Martins, 2009, p. 42.

sofrimento e sua esperança: “Deus está comigo ou só por Deus é que continuo a lutar pela minha saúde.”¹⁶⁵

Há resultados no mundo da pesquisa científica que mostram a importância da espiritualidade no processo de cura. Por exemplo, nos Estados Unidos, a Universidade de Harvard¹⁶⁶ ensina seus estudantes a lidar com os pacientes levando em conta a história espiritual deles.

Uma medida necessária, pois, de acordo com Pessini,¹⁶⁷ pesquisas apontam que “70% dos norte-americanos são favoráveis a dialogar com seus médicos sobre fé.” O percentual é semelhante ao dos que acreditam que rezar a Deus pode curar alguém, mesmo quando a ciência afirma que determinada pessoa não tem a mínima chance de recuperação.

Koenig tem mais de 300 trabalhos publicados e mais de 40 livros escritos na área, é pioneiro na pesquisa sobre fé e medicina. Acredita que existe uma crescente evidência apontando para os efeitos positivos da religião sobre a saúde e afastar a espiritualidade da clínica seria uma irresponsabilidade.¹⁶⁸

Num dos textos produzidos por Koenig e Lucchese, encontramos o seguinte:

O relacionamento com Deus é manifestado em termos de virtudes teológicas (amor a Deus fé ou verdade em Deus, esperança em Deus) [...]. São manifestadas na vida de uma pessoa pelas práticas religiosas públicas (atendimento a serviço religioso e outro grupo social relacionado à atividade religiosa), atividade religiosa particular (oração ou meditação, leitura das Escrituras Sagradas, assistindo a programas religiosos na TV, escutando músicas religiosas)...A religião/espiritualidade é visto então, como influenciadora das decisões diárias feitas no trabalho, na família, com amigos e colegas, assim como afetando as escolhas de estilo de vida e comportamentos na saúde, os quais influenciam a saúde mental e social.¹⁶⁹

No Brasil, segundo a entrevista do Dr. Lucchese, há também algumas pesquisas que ressaltam a importância da espiritualidade no mundo da saúde. Pessini e Barchifontaine, acima mencionados, apresentam alguns diálogos com

¹⁶⁵ MARTINS, 2009, p. 43.

¹⁶⁶ MARTINS, 2008, p. 58.

¹⁶⁷ PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. (org.) *Buscar sentido e plenitude de vida - Bioética, Saúde e Espiritualidade*. São Paulo, Paulinas, 2008, p. 57.

¹⁶⁸ KOENIG, 2012.

¹⁶⁹ LUCCHESE; KOENIG, 2013, p. 11.

as principais ciências da saúde com a espiritualidade nesse contexto. E, segundo Morin, os prazeres espirituais experimentados na relação com Deus são “capazes de satisfazer inteiramente nossas sedes de amor mais profundas”.¹⁶⁹ Já para Boff, “cuidar do espírito é cuidar dos valores que dão rumo à nossa vida e significações que geram esperança para além de nossa morte, implica colocar compromissos éticos acima dos interesses pessoais ou coletivos.”¹⁷⁰

Contemplar a espiritualidade no mundo da saúde é proporcionar um cuidado integral do ser humano, porém, é preciso saber lidar com a dimensão espiritual para evitar equívocos, desrespeito e ofensa à sensibilidade do outro. Para tal, apontaremos no próximo item, alguns conceitos sobre o que vem a ser FÉ.

3.2 FÉ E SAÚDE

Na modernidade o pensamento científico veio como a proposta de resolução dos problemas da humanidade. Inicia-se a separação das crenças do método científico, comprováveis por sua razão e repetição.

Já no pós-modernismo, a atenção volta-se para o ser humano de maneira holística, buscando não apenas a exatidão do racionalismo moderno, mas a complexidade de vê-lo como um todo. De acordo com Salinas¹⁷¹, a existência se dá a partir daquilo que fazemos, sentimos e cremos, não simplesmente pela razão.

Entre os dez fatores da ciência do cuidado segundo Jean Watson, ele menciona “a estimulação da fé e esperança” e “a provisão de um ambiente

¹⁶⁹ MORIN, apud DUMAS, Marc. *A Psicossomática – quando o corpo fala ao espírito*. São Paulo: Loyola, 2004, p. 63.

¹⁷⁰ BOFF, apud OLIVEIRA, 2005, p. 37.

¹⁷¹ SALINAS, D. *Pós-modernidade. Novos desafios à fé cristã*. São Paulo: ABU, 1999.

mental, físico, sócio-cultural e espiritual sustentador, protetor e (ou) corretivo” e a “aceitação das forças existenciais fenomenológicas”.¹⁷²

Ikeda escreveu que “mesmo que uma pessoa não seja religiosa, diariamente coloca sua fé em prática”¹⁷³. Ele pensa como Bisango¹⁷⁴, a fé está na essência da vida, mesmo daquele que não professa uma religião: Você vai a um médico cujo nome não consegue pronunciar. Ele lhe dá uma receita que você não consegue ler. Você a leva a um farmacêutico que nunca viu. Ele lhe dá um remédio que você não sabe bem o que é e ainda assim você o toma.

Se a fé na ciência permeia os cuidados concretos de saúde, quanto mais a fé ligada à espiritualidade pode influenciar o ritmo cardíaco. Wong-McDonald e Gorsuch descrevem o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida – ressalta-se que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais.¹⁷⁵

O médico William Osler escreveu as seguintes frases: “Sem fé o homem (ser humano) não pode fazer nada; com fé, todas as coisas são possíveis. Nada na vida é mais maravilhoso que a fé.”¹⁷⁷ A fé, segundo Martins, se justifica antropológicamente *como o desejo do homem por Deus*.

No livro “Depressão e Ansiedade” Miyasaka demonstra que a fé diminui o índice de suicídio, ansiedade e depressão e melhora a qualidade de vida dos pacientes. Miyasaka menciona que, “quanto mais buscamos e confiamos em Deus, menor é a nossa ansiedade [...] A maioria das escolas de medicina dos EUA oferece cursos de Espiritualidade e Saúde”.¹⁷⁸

Paralelamente, Savioli menciona uma pesquisa norte-americana com pacientes internados em unidades coronárias, durante a fase aguda do infarto do miocárdio. Eles haviam dividido em dois grupos: indivíduos que tinham religião e praticavam a fé cristã e pacientes agnósticos ou ateus. Em outro trecho, ele

¹⁷² GEORGE, J.V. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 259.

¹⁷³ IKEDA, 2009, s/p.

¹⁷⁴ IKEDA, 2009, s/p.

¹⁷⁵ PANZINI, R.G. et. Al. *Qualidade de vida e espiritualidade*. Revista Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

¹⁷⁷ Osler ainda é homenageado nas faculdades de medicina dos EUA como um modelo do que é ser um médico. Considerado o pai da medicina moderna, foi um dos primeiros professores da Faculdade de Medicina Johns Hopkins. In: IKEDA, 2009

¹⁷⁸ MIYASAKA, Lincoln e Celma. *Depressão e Ansiedade*. São Paulo: Abba Press Editora e Divulgadora Cultural Ltda, 2008, p. 49.

comenta que os infartados na UTI que têm fé apresentaram melhor evolução que os agnósticos. “A fé modifica a evolução das doenças”.¹⁸⁰

Savioli menciona que vários pesquisadores vêm estudando a interação entre religião, espiritualidade e ciência para tentar encontrar o elo entre a fé e a medicina. Grafman afirma em sua entrevista que a crença é necessária: “Novos estudos mostram que o cérebro é ‘programado’ para acreditar em Deus - e que isso nos ajuda a viver mais e melhor.”¹⁸¹ Outros estudos de neurofisiologia admitem que existe no cérebro um *centro da fé*. Esse local seria estimulado todas as vezes que houvesse uma oração ou uma expressão de fé.

A estimulação do centro da fé, por sua vez, liberaria substâncias neuroendócrinas que estimulariam áreas hipotalâmicas subjacentes, responsáveis pelas defesas imunológicas do organismo [...] tornando a evolução do infarto do miocárdio menos complicada.¹⁸² Em outro estudo com 2400 homens de meia idade, por um período de seis anos, cento e setenta e quatro morreram de câncer e 87 de doença cardíaca. “*Aqueles com altos níveis de desesperança tinham duas a três vezes mais probabilidade de desenvolver câncer e doença cardíaca do que os que não tinham falta de esperança.*”¹⁸³

As pesquisas corroboram a afirmação da teologia cristã de que a fé traz a esperança. Segundo a Bíblia Sagrada, no livro de Hebreus 11.1 “[...] a fé é a certeza daquilo que esperamos e a prova das coisas que não vemos.”¹⁸⁴ A influência da crença em Deus na redução do estresse já é quase um consenso entre os médicos. As doenças relacionadas ao estresse, especialmente as cardiovasculares, como a hipertensão, o infarto do miocárdio e o derrame, parecem ser as que mais se beneficiam dos efeitos de uma espiritualidade bem desenvolvida.

¹⁸⁰ SAVIOLI, Roque Marcos. *Milagres que a medicina não contou*. São Paulo : Gaia, 2004, p.23.

¹⁸¹ SAVIOLI, 2004, p.58.

¹⁸² NEWBERG apud SAVIO, Adriana. *Religiosidade e Psicoterapia*. São Paulo: Roca, 2008, p.118.

¹⁸³ SAVIO, 2008, p. 118.

¹⁸⁴ BÍBLIA SAGRADA, 2001, p. 1317.

Fé-esperança é essencial tanto para os processos de cuidados paliativos quanto para os curativos. As enfermeiras precisam transcender ao impulso de aceitar apenas a medicina ocidental e auxiliar a pessoa a entender as alternativas como meditação ou o poder da cura da crença em si ou no aspecto espiritual. A ênfase de Watson sobre o espírito, incluindo a alma é incomum no desenvolvimento de teorias. Quando a ciência moderna não tem mais nada a oferecer, a enfermeira pode continuar a usar a fé-esperança para proporcionar uma sensação de bem-estar através das crenças significativas para o indivíduo.¹⁸⁵

Em suma, a fé é uma das grandes forças que “atua no mecanismo de defesa contra o estresse crônico, podendo ser excelente no auxílio à prevenção ou ao combate de inúmeras moléstias e também no aumento da expectativa de vida.”¹⁸⁶

3.3 ORAÇÃO

Oração é um ato religioso que visa ativar uma ligação, uma conversa, um pedido, um agradecimento, uma manifestação de reconhecimento ou ainda um ato de louvor diante de um ser transcendente ou divino.¹⁸⁷

Dumas cita a oração como encontro de Deus, chamado de Deus ao humano e resposta do humano a Deus, um encontro íntimo que se apodera totalmente do humano, abre-o a si mesmo e lhe permite viver de Deus, isto é, por ele, com ele e nele.¹⁸⁸

Segundo ele, as formas de oração são múltiplas: oração de um instante e de uma vida, a das crianças e a dos adultos; cantada, recitada, ou meditada silenciosamente, ela, às vezes, é silenciosa, ou tagarela, às vezes racional, às vezes apaixonada ou seca. Contudo, ele destaca que “a despeito da aridez

¹⁸⁵ GEORGE, J.V. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p. 259.

¹⁸⁶ ORAÇÃO E CURA. *Paranaonline*. Disponível em: <<http://www.paranaonline.com.br/colunistas/259/74907/?postagem=ORACAO+E+CURA+FATO+OU+FANTASIA>>.

Acesso em: 3 mar. 2010

¹⁸⁷

ORAÇÃO
http://pt.wikipedia.org/wiki/Ora%C3%A7%C3%A3o#Na_cren.C3.A7a_Crist.C3.A3_.28Crentes.2FEnvang.C3.A9licos.29. Acesso em 14 set. 2014.

¹⁸⁸ DUMAS, 2004.

experimentada por aqueles que ora, a oração sempre os conduz a um futuro mais vivo”.¹⁸⁹

A oração pode acompanhar todo movimento de vida ou de morte da pessoa que ora. Prossegue este autor, “a pessoa que ora, em diálogo com Deus, não é mais flexível, mais aberta e mais unida diante do ferimento e não o considera uma oportunidade de crescimento?”¹⁹⁰

Ela também é capaz de resistir, discernir e encaminhar-se rumo à vida e a mais vida, à liberdade e a mais liberdade interior, à verdade e a mais verdade, e isso tudo não apenas em si mesma, mas também em seu espírito e em suas relações com a natureza, com os outros e com Deus.¹⁹¹

Em outras palavras, a pessoa que escolher o estado de oração, descobrirá pouco a pouco os benefícios de uma relação de amor com o Deus que pode satisfazer a sua tendência amorosa fundamental. Tendo estes afetos libertados nesta relação, “eles não terão mais a necessidade de se expressar por meio do corpo, resolvendo as perturbações psicossomáticas correspondentes.”¹⁹²

Uma pesquisa duplo cega, randomizada, com um grupo controle, no Nebraska Medical Center, em Omaha, Nebraska, EUA, foi realizada para verificar se, em uma situação considerada altamente estressante (cirurgia cardíaca), o fato do paciente ouvir alguma mensagem durante a anestesia geral poderia ajudar na recuperação após a cirurgia. A oração é a seguinte:

Querido Deus, por favor, venha ao meu auxílio. Ajude-me a ter paz durante esta cirurgia e em meu restabelecimento. Fortaleça-me e ajude-me a lembrar que estás sempre presente, que seu amor curador e espírito cercam-me todo o tempo e que eu estou seguro em seu carinhoso cuidado. Amém.¹⁹³

¹⁸⁹ DUMAS, 2004, p. 96.

¹⁹⁰ DUMAS, 2004, p. 97

¹⁹¹ DUMAS, 2004, p. 98.

¹⁹² DUMAS, 2004, p. 62.

¹⁹³ FRANKL, apud IKEDA, F. et. al. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. 2006, s/p. Disponível em:

Foi constatado que não há resultados significativos em oração feita, quando o paciente está inconsciente. Embora os resultados não tenham sido significativos, temos também, a seguinte constatação:

A prevalência de infecções na cicatriz cirúrgica (esternal) foi 5 vezes maior no grupo controle (que não ouviu nada durante a cirurgia), em comparação com aqueles que ouviram um CD com uma oração ou com uma técnica de relaxamento para o intra-operatório. Os pacientes do grupo controle permaneceram, em média, 6.9 dias no hospital. Os que ouviram uma oração durante a cirurgia ficaram, em média, 5.6 dias, e os do grupo com relaxamento, 5.7 dias.¹⁹⁴

Coube à medicina confirmar o que a Bíblia já mostra há anos: a oração tem poder de curar.¹⁹⁵

Em entrevista com Dr. Lucchese, ele afirma que “se o médico reza com o paciente no pré-operatório da cirurgia, isso interfere favoravelmente no resultado.”¹⁹⁶

Em seu artigo sugere que cardiologistas e cirurgiões cardiologistas orem junto aos seus pacientes o que é muito apropriado, se eles se sentirem confortáveis em fazê-lo. Contudo, isto após o médico ter lido o histórico espiritual do paciente e se este o solicitar. Se os médicos estiverem abertos a orar com seus pacientes, eles deverão informá-los desta sua disponibilidade e que poderão fazê-lo se eles a desejarem. Assim, evita-se qualquer tipo de coerção e o paciente estará livre para solicitar ou não.¹⁹⁷

Ao ser perguntado sobre o papel do capelão nas doenças cardíacas, Dr. Lucchese em sua entrevista, afirma que é extremamente relevante, tendo em vista a importância da espiritualidade na recuperação dos pacientes com tais problemas.

A autora deste trabalho vem tendo experiências ao longo dos vinte anos visitando pacientes cardíacos hospitalizados, que após orar junto aos que

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400143?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum. Acesso em 08 abr. 14.

¹⁹⁴ FRANKL, apud IKEDA et al., 2006, s/p.

¹⁹⁵ REVISTA IGREJA. O Poder da Fé. Out./Nov. 2009-12-01, p. 14.

¹⁹⁶ Vide ANEXO 1 - Entrevista realizada com Dr. Alexandre A. Lucchese em 24 de janeiro de 2014.

¹⁹⁷ ANEXO 1.

concordam em fazê-lo, a grande maioria confessa que se sente mais aliviado; até a expressão facial se modifica.

A seguir, transcrevemos parte de oração extraída do livro de Roseli Kühnrich de Oliveira:

Ensina-nos o desvelo, ensina-nos a usar todas essas ocasiões de necessidade, que são a agenda de nosso trabalho, como acessos para Deus acessos para o próximo Ensina-nos o desvelo ensinando-nos a orar, orar de modo que a necessidade humana se faça um ensejo para entrar na presença e na ação de Deus e as abraçar nessa vida. Ensina-nos a cuidar ensinando-nos a orar para que aqueles com quem trabalheemos não fiquem menos humanos por nosso cuidado, mas se tornem mais humanos. Ensina-nos a estar em maravilhamento e adoração diante das belezas da criação e das glórias da salvação, sobretudo quando chegam a nós nesses seres humanos que passaram a se enxergar como violados, degradados e rejeitados. Ensina-nos a permanecer em sossego, mesmo entre essas rochas. Amém.¹⁹⁸

3.4 O CORAÇÃO COMO DIMENSÃO PSICOLÓGICA E ESPIRITUAL

A cada dia que passa, mais aumenta o número de pessoas com problemas no coração, problemas estes que inquietam o homem, levando-o a uma vida de sofrimento e angústia. Porém quando confrontamos o coração com o que dizem as Sagradas Escrituras, vemos que os problemas são bem maiores do que imaginamos, pois nesse caso o problema é espiritual, milhões de pessoas estão sofrendo do coração, estão com o coração vazio de esperança, paz, alegria, etc.

A palavra “coração” é uma das palavras mais frequentemente usadas na Bíblia. Na verdade, ela ocorre lá 876 vezes, e provém da palavra grega *kardia*.

Segundo a antropologia vétero-testamentária, o coração deve ser compreendido como um “órgão psíquico”, “lugar” de sentimento, desejo, razão e

¹⁹⁸ PETERNSSON, apud OLIVEIRA, 2005, s/p.

decisão de vontade.¹⁹⁹ O coração é o centro da vida espiritual e emocional, a partir do qual se pensa e planeja: “O coração do homem traça o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos” (Pv. 16.9). Isto leva a concluir que não há uma diferenciação explícita entre “mente” e “coração” no Antigo Testamento.²⁰⁰ O Novo Testamento também qualifica o coração (kardia) como um “órgão psíquico”: “Onde está o teu tesouro, aí estará também o teu coração” (Mt. 6.21). Tanto o AT como o NT não distinguem “coração” e “mente”.²⁰¹

Para o Rev. Jailson Santos²⁰², coração, na Bíblia, é muito mais do que o órgão que bombeia o sangue para todo o corpo, mas é o aspecto interior do homem, responsável por nossas escolhas, segundo as Escrituras, o coração não é apenas responsável pelas emoções, é a sede de nosso conhecimento e crenças (cognitivo - Mt 9.4; (Mt 24.48; Mc 11.23; Lc 2.35), desejos e emoções (afetivo - Mt 5.28; 6.21; Jo 16.22; At 2.26) e vontade (volitivo - Mt 9.4; At 5.4; Mt 15.19; Lc 6.45).

Citamos no rodapé alguns trechos bíblicos para ajudar a entender essa temática do coração.²⁰³ Há outros trechos das Escrituras Sagradas,²⁰⁴ todas estas manifestações e emoções partem do coração. A lei de Deus está gravada no coração (Rom. 2.15). “Porque com o coração se crê” (Rom. 10.10). Tudo que está em consonância com a vida interior perpassa pelo coração. É a partir deste “órgão” que o ser afirma como verdadeira a sua relação e dependência com Deus e a enxerga no(a) outro(a) um(a) irmão(a). Nele, “manifesta-se a alma, não visível e não exteriorizada, ainda assim, corpórea e concreta.”²⁰⁵

Não existe simbologia mais rica para expressar sentimentos que a imagem do coração. Desde a infância, desenhamos um coração para expressar nossos sentimentos em relação aos laços maternos ou aos de amizade ou de amor por

¹⁹⁹ HOEPFNER, Daniel Annuseck (Dissertação de Mestrado). *Fundamentos Bíblico-Teológicos da Capelania Hospitalar – Uma contribuição para o cuidado integral do paciente*. IEPG, São Leopoldo, RS, 2008, p. 41.

²⁰⁰ HOEPFNER, 2008, p. 41.

²⁰¹ HOEPFNER, 2008, p. 42.

²⁰² SANTOS, Jailson. Aconselhamento bíblico pastoral: Coração transformado, comportamento mudado. Disponível em: <http://jailsonipb.blogspot.com.br/2013/05/acoeselhamento-biblico-pastoral-coracao.html>. Acesso em 20 set. 2014.

²⁰³ Provérbios 4:20-23; 17.22; Isaias 29.13; Jeremias 31.33; Ezequiel 36.26; Mateus 12.32-33; Marcos 7.21-22.

²⁰⁴ Jz. 5.16; Jó 36.5; Sl. 19.8; Sl. 22.26; Sl. 27.3; Sl. 57.7; Sl.101.4; Sl.112.7; Pv. 15.15; Pv.20.9; Pv. 21.4; Pv. 27.19; Is. 35.4; Ez. 36.26; Mt. 15.19; At. 1.24; At. 15.28.

²⁰⁵ HOEPFNER, 2008, p. 43.

alguém. De acordo com o Dr. Adalberto Barreto, “em todas as culturas, o coração é a sede do amor, das emoções, da paixão.”²⁰⁶ Os cânticos de amor, as expressões e manifestações de alegria, como também as manifestações de frustração e de decepção, sempre retornam ao tema do coração.

Conforme Wendling,²⁰⁷ “As doenças do coração têm algo em comum: falta harmonia, a pessoa não consegue expressar o seu modo de ser. Harmonia entre entendimento (cérebro) e as emoções (coração). São os dois centros do ser humano”.

Barreto escreve que o coração é o “órgão responsável pelo equilíbrio do nosso corpo físico com o corpo social e simboliza nosso esforço, nosso amor, determinação e envolvimento em tudo que fazemos.”²⁰⁸ “Os problemas cardíacos convidam-nos a refletir sobre como estamos vivendo as mágoas, os ressentimentos, os ódios, em detrimento do amor, da compaixão e do perdão. Assim como o coração leva alimentos materiais para cada célula do corpo, também leva emoções negativas”.²⁰⁹

De certa forma, ambos os autores acima mencionados concordam com as Escrituras Sagradas, em que o coração é a sede dos desejos, emoções e vontade. Podemos observar que o conceito humanístico do coração segundo os autores acima descritos, coincide em muito com a antropologia vétero-testamentária.

Outrossim, há de se notar que o discurso bíblico acerca do ser humano é testemunho histórico, contextual e cultural.²¹⁰ O livro de Ezequiel 36.26, por exemplo, cita que só um “coração de carne” é capaz de dar nova vida ao projeto de Deus. Já Wendling correlaciona que “somente um coração de carne pode

²⁰⁶ BARRETO, 2012, p. 5.

²⁰⁷ WENDLING, 2012, p. 90.

²⁰⁸ BARRETO, 2012, p.282.

²⁰⁹ BARRETO, 2012, p. 282.

²¹⁰ HOEPFNER, 2008, p. 51.

evitar um infarto. Quem reprime sentimentos como a agressividade pode vir a descarregar tudo por meio de um infarto.”²¹¹

Segundo a pesquisa da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, que monitorou por quatro dias, de hora em hora, as interações de 281 voluntários com seus parceiros, medindo a espessura das artérias carótidas de cada participante, concluiu que: “quanto mais conflituosa a relação, mais grosso o vaso analisado – isso reduz o espaço disponível para que o sangue circule e acende o sinal vermelho para os problemas cardiovasculares. Em nome do coração, faça de tudo para construir uma relação carinhosa com seu amado.”²¹²

A “Síndrome do coração partido” aumenta risco de derrame e infarto. Sabemos que a morte de um parceiro abala – e muito – o coração. Mas, de acordo com o estudo da Universidade de Londres, no Reino Unido, esse dano pode ser literal.

Logo no primeiro mês após a perda da cara-metade, o risco de sofrer problemas cardíacos e um acidente vascular cerebral dobra. Mesmo depois de um ano, a possibilidade de morte permanece alta, ou seja, 25% maior em relação a pessoas cujos companheiros estão vivos.²¹³

Assim, podemos concluir que aquilo que o “coração”, ou seja, a alma sofre, vai somatizar, se manifestar no corpo. Quer queiramos ou não, tudo que acontece em nosso corpo não é algo meramente fisiológico, mas também a manifestação de uma dimensão profunda de nossa vida, “uma manifestação do ser profundo que nos habita e “grita” para que realizemos as mudanças que precisam ser feitas.”²¹⁴

Contudo, para que isto venha a acontecer, será necessário, muitas vezes, a ajuda de alguém a quem possamos nos abrir, dialogar, expressar os sentimentos, despertar a fé, a espiritualidade latente nos pacientes.

Por se tratar de ambiente hospitalar, e uma vez que os pacientes geralmente permanecem por pouco tempo, o aconselhamento deverá ser de curto

²¹¹ WENDLING, 2012, p. 93.

²¹² RELACIONAMENTO feliz faz bem ao coração. *Total News*. Disponível em: <http://www.jornaltotalnews.com.br/portal/relacionamento-feliz-faz-bem-ao-coracao/>. Acesso em 25 jul. 2014.

²¹³ BARRETO, 2012, p. 12.

²¹⁴ BARRETO, 2012, p. 12.

prazo, pois é uma ferramenta formidável e eficiente no combate aos problemas espirituais e emocionais mais imediatos das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas relatadas neste trabalho indicam a centralidade do coração na vida afetiva e espiritual e a profunda conexão desse órgão do corpo com as dimensões psíquica e espiritual. De maneira que os problemas cardiovasculares devem ser abordados nessa ótica interdisciplinar. Assim, além do médico cardiologista, também os capelães têm importante papel na abordagem do paciente cardíaco.

Ao discorrer sobre as doenças cardiovasculares (DCV), procuramos citar os fatores de risco associados com Infarto Agudo do Miocárdio e constatamos através das pesquisas de Lucchese e Koenig que, cada fator de risco torna-se geralmente menor na proporção em que a espiritualidade e a busca do transcendente estão presentes. Tudo então, está interligado; não há como dissociar a dimensão física do espiritual.

Nos paciente internados com problemas cardiovasculares, várias emoções se manifestaram, como a ansiedade, o medo, a culpa, a raiva, a depressão; além do sentimento de desvalimento, de desproteção - contribuindo para aumentar o seu sofrimento, conforme as observações realizadas. O sofrimento humano traz adoecimento e o oposto também é verdadeiro; o adoecimento e a hospitalização despertam e podem promover a busca do homem por Deus. É o homem em busca de Deus e Deus em busca do homem e será neste encontro o início da cura da alma.

Escrevemos que emoções negativas como a depressão, esta pode vir antes, durante ou depois da enfermidade e pode alterar o curso clínico de uma doença tornando-o moroso ou difícil. Como exemplo, num dos conceitos da doença psicossomática, os distúrbios psicológicos se tornam físicos; a pessoa transfere para o organismo a carga emocional decorrente de algum problema que está vivendo. Isto tem afetado o coração causando taquicardia, arritmias, palpitações nervosa, etc.; daí, a importância de intervir nas necessidades

psicológicas dos pacientes cardíacos para sua recuperação no curto e longo prazo.

Procuramos mostrar que tudo está interligado, corpo-alma-espírito e mencionamos nas Escrituras Sagradas, alguns recursos espirituais que poderão ajudar a lidar com as emoções negativas, como a fé, a oração, o temor de Deus.

Ressaltamos que os pacientes devem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual. Isto porque adotamos a visão do ser humano bio-psico-espiritual, como uma unidade apesar da pluralidade. Motivo este que nos levou a escrever sobre saúde integral.

Procuramos também apontar, neste trabalho, não só a relevância de se ver o homem de forma integral, como também a dimensão da espiritualidade, que na maioria das vezes é relegada a um plano muito inferior, pois uma dimensão influencia a outra, há uma interferência mútua. Uma integra a outra e interfere diretamente na outra. Se uma dimensão sofre, influencia diretamente e em proporções semelhantes as outras. De forma que todas as áreas devem ser cuidadas para que haja uma cura completa.

Valorizar a espiritualidade no mundo da saúde não significa desprezar o precioso avanço das ciências da saúde na sua prática terapêutica e na cura de moléstias, mas significa levar para esse contexto um elemento facilitador nos cuidados com os enfermos, pois contempla uma dimensão existencial muitas vezes esquecida pelos profissionais da saúde, no seu labor diário, e impossível de ser trabalhada por uma máquina.

Foi constatado, também, que a fé diminui o índice de suicídio, de ansiedade e de depressão, e melhora a qualidade de vida dos pacientes. Também que os pacientes que professavam a sua fé apresentaram melhor evolução clínica que os outros.

A cada dia mais pesquisas e publicações científicas têm apontado para a influência positiva de uma fé madura sobre a saúde, principalmente a saúde mental; bem como a expressão religiosa da natureza humana que também tem sido cada vez mais reconhecida, valorizada e objeto de pesquisa.

Relatamos sobre os efeitos benéficos da oração feita seja pelo paciente, junto com o médico ou ouvindo uma prece antes da cirurgia, ajudando a minimizar

o estresse e a ansiedade, bem como diminuindo a prevalência de infecções na cicatriz cirúrgica. A oração não só traz um bem-estar no paciente, como traz à tona a fé e a esperança na misericórdia e graça de Deus.

Em suma, diante da necessidade de ajuda ao ser humano no sofrimento, a crença em um ser superior constitui uma força de sustento, recuperação e de proteção, alcançando a solidão interior de quem padece a dor, motivando um vínculo com um outro transcendente com quem se pode contar e se sentir seguro.

Essa crença propicia uma compreensão ou interpretação do que está acontecendo, favorecendo a busca de sentido para ajudar na superação da situação traumática e do sofrimento diante das situações difíceis como a doença grave, terminal, entre outras.

Acrescentamos a isso a necessidade de reconhecer a espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde por parte dos profissionais; ainda, esclarecer os conceitos de religiosidade e espiritualidade com os profissionais; posteriormente, incluir a espiritualidade como recurso de saúde na formação dos novos profissionais, além de adaptar e validar escalas de espiritualidade / religiosidade à realidade brasileira e treinamento específico para a área clínica.

O simples fato de o médico se mostrar preocupado com o aspecto espiritual do paciente deve melhorar a relação médico-paciente e, por conseguinte, o impacto das intervenções médicas realizadas, segundo a entrevista com o Dr. Fernando Lucchese.

Assim, o conselheiro espiritual ou pastoral, bem como o corpo clínico podem se tornar colaboradores no processo terapêutico visto de forma integral, acompanhando os doentes, ouvindo-os, acolhendo suas angústias e dores, dando-lhes atenção e conforto e orientando o aconselhando num processo marcado pelo discernimento, ajudando-o a comunicar-se com Deus e tomar decisões sábias e levando-o assumir sua responsabilidade no processo.

Afinal, um conselheiro bem preparado tem condições de ser integrante da equipe multidisciplinar, pois ele trata das tensões interiores e dos diferentes complexos que interferem na qualidade da vida; promove a libertação de atitudes inadequadas e distorções de percepção quanto à realidade; favorece a libertação dos medos, culpas e das iras inadequadas.

Portanto, a integração do conselheiro pastoral como parte da equipe multidisciplinar do hospital, poderá auxiliar tanto na humanização, como na recuperação do ser humano em sua enfermidade.

O conselheiro pastoral também poderá colaborar para o aprimoramento no tratamento de pacientes dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Não basta que vários especialistas atendam a um paciente separadamente, é importante que vários especialistas o ajudem conjuntamente,

Seguimos então, com a necessidade de uma proposta interdisciplinar no cuidado com o paciente, em que os diferentes subsistemas da unidade biopsicossocial espiritual são adequados e concomitantemente abordados nesse trabalho.

Soubemos através do Dr. Lucchese que há esforços para acrescentar ao currículo das escolas médicas e psicológicas a discussão da religião e espiritualidade.

A discussão com os alunos sobre as diferenças de conceitos, as pesquisas sobre o tema, a compreensão dos processos saudáveis e nocivos do uso de práticas religiosas e espirituais podem contribuir para melhor qualidade de atendimento às necessidades dos pacientes, diminuindo preconceito, informando e formando melhores profissionais.

Não se pretendeu esgotar o assunto, por ser muito extenso e vasto. Cada item por si já daria margem a um novo tema com mais profundidade. Não pudemos escrever sobre os efeitos benéficos da meditação, da espiritualidade em relação ao próximo, do aconselhamento, por falta de espaço.

No entanto, a experiência de ler tantos livros e pesquisas relatadas por cientistas, médicos e conceituados autores comprovando a eficácia da espiritualidade na recuperação dos pacientes aumentou o ânimo, a convicção e a disposição de continuar dando a assistência espiritual aos pacientes cardíacos, através do serviço de capelania hospitalar.

REFERÊNCIAS

A FÉ QUE FAZ BEM. *Revista Época*, Rio de Janeiro, Editora Globo, 20 set. 2009. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI64864-15224-5,00-A+FE+QUE+FAZ+BEM+A+SAUDE.html>. Acesso em 20 jan. 2014.

ADAMS, Jay. *Conselheiro Capaz*. São Paulo: Fiel, 1999.

ALEXANDER , Franz.. *Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ASTESANDRIN, Luciano. *Ajudar sem se esgotar: como superar a síndrome de esgotamento nas profissões de saúde e nas relações assistenciais*. São Paulo: Paulinas, 2006.

BARCHFONTEINE, Christian de Paul de (orgs.) *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas, 2008.

BARRETO, Adalberto de Paula. *Quando a boca cala, os órgãos falam... Desvendando as mensagens dos sintomas*. Fortaleza: Gráfica, 2012

BÍBLIA SAGRADA: NOVA VERSÃO INTERNACIONAL, São Paulo: Vida, 2001.

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2012.

BOTEGA, Marcos S. Disponível em: http://64.233.163.132/search?q=cache:aEadG_-yITAJ:pt.oboulo.com/o-estresse-em-pacientes-hospitalizados-37403.html+pacientes+hospitalizados&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 16 nov. 2009.

CHALELA, William Azem. *Estresse cardiovascular: princípios e aplicações clínicas*. São Paulo: Roca, 2004.

CHRISPINO, Raquel Santos. A busca de sentido no trabalho no Poder Judiciário. *Revista Forum*, Rio de Janeiro, n. 38, ano 13, junho de 2014. Disponível em: http://www.amaerj.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Forum_38_FINAL-menor.pdf. Acesso em 12 set. 2014.

DAHLKE, Rüdiger. *A doença como símbolo – pequena enciclopédia de psicossomática*. São Paulo: Cultrix, 1996.

DALGARRONDO, P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre : Artmed, 2008.

DICIONARIO HOUAISS – Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2002.

DISLIPIDEMIA. *Infoescola*. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/dislipidemia/>. Acesso em: 09 fev. 2013.

DUMAS, Marc. *A psicossomática: quando um corpo fala ao espírito*. São Paulo: Loyola, 2004.

EYRICH, Howard & HINES, William. *Cura para o coração*. São Paulo : Cultura Cristã, 2007.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. *Explicando o significado do WHOQOL – SRPB*. Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 34, supl. 1; p. 146-9, 2007.

FRÁGUAS JUNIOR, Renério. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

FRIESEN, A. *Cuidando do ser: treinamento em aconselhamento pastoral*. Curitiba: Esperança, 2000.

GEORGE, J.V. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª Ed. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 2000.

GOTTWALD, Bruno Herbert. *A dimensão profética da assistência espiritual no contexto hospitalar*. 2005. 49 f. Monografia de Conclusão (Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2005.

HART. A. D. (org.) *Os desafios do Aconselhamento Pastoral*. São Paulo: Editora Vida Nova, 2002.

HOCH. Lothar Carlos, HEIMANN, Thomas. (Orgs.) *Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 2008.

HOEPFNER, Daniel Annuseck (tese). *Cuidado Pastoral num Centro de Tratamento Intensivo Adulto: Referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais*. São Leopoldo, RS, 2012.

HOEPFNER, Daniel Annuseck (dissertação). *Fundamentos Bíblico-Teológicos da Capelania Hospitalar – Uma contribuição para o cuidado integral do paciente*. São Leopoldo, RS, 2008.

HURDING, Roger F. *A Árvore da Cura*. São Paulo: Vida Nova, 1995.

IKEDA , Fabio. *Um vazio do tamanho de Deus*. São Paulo: Abba Press, 2009.

- ISOSAKI, Mitsue. *Como cuidar de seu coração*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- KOENIG, Harold G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto alegre: L&PM, 2012.
- KUSTER, Margareth de Oliveira. (Dissertação de Mestrado). *Reflexões de profissionais da saúde em relação a pacientes infantis neurológicos crônicos em cuidados paliativos: um olhar da bioética*. IEPG, São Leopoldo, 2011.
- LANGE, Elaine Soares Neves.(org.) *Contribuições à Psicologia Hospitalar : Desafios e Paradigmas*. São Paulo : Paulus, 2009.
- LELOUP Jean-Yves e BOFF Leonardo, *Terapeutas do Deserto: de Filon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Dürckheim*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- LEPORI, Luis Raúl. *Hipertensão arterial*. 1ª ed. – Buenos Aires: E.C.S.A. 2004.
- LOPES, Heno. *A dieta do coração*. São Paulo: Ed. Abril, 2006.
- LUCHESE, Fernando A. e KOENIG, Harold G. *Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil*. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 2013.
- MALDONADO, Jorge E. *Crises e Perdas na Família - consolando os que sofrem*. Viçosa: Ultimato, 2005.
- MARINO, Raul Jr. *A Religião do Cérebro – As novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana*. São Paulo: Editora Gente, 2005.
- MARTIN, Gilberto Berguio, JUNIOR, Luiz Cordoni, BASTOS, Yara Gerber Lima *et al*. *Hospital care to the elderly population in a southern Brazilian city*. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. Mar. 2006, vol.15, no.1, p.59-65. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30 set. 2014.
- MARTINS, Alexandre Andrade. *É importante a espiritualidade no mundo da saúde?* São Paulo: Paulus, 2009.
- MELLO FILHO, Julio de. *Psicossomática hoje*. Dados eletrônicos, Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MEYER, Joyce. *Conversa Franca sobre Estresse*. Belo Horizonte: Ministérios Joyce Meyer, 2007.

MIYASAKA, Lincoln e Celma. *Depressão e Ansiedade*. São Paulo: Abba Press Editora e Divulgadora Cultural Ltda, 2008.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Cuidando de quem cuida – Um olhar de cuidados aos que ministram a Palavra de Deus*. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

PANZINI, R.G. et. Al. *Qualidade de vida e espiritualidade*. Revista Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PENNEBAKER, James W. *Abra o seu coração : o poder de cura através da expressão das emoções*. São Paulo: Editora Gente, 2006.

PESCUMA, Derna & CASTILHO, Antonio Paulo F. *Projeto de Pesquisa - O que é? Como fazer? Um guia para sua elaboração*. São Paulo: Olho d' Água, 2008.

PESSINI, Leo. *Bioética: um grito por dignidade de viver*. São Paulo: Paulinas, 2007.

PUJOL, Jacques. *Manual de relacionamento de ajuda*. São Paulo: Vida Nova, 2006.

RNW. CARACCILO, Silvia. *Depressão é perigo para pacientes cardíacos*. Disponível em: <http://static.rnw.nl/migratie/www.parceria.nl/cienciaesaude/at_051011depressao-redirected>. Acesso em: 5 dez. 2013.

ROMANO, Bellkiss Wilma. *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROSSI, Ana Maria. *Aprender a lidar com o estresse é uma lição diária*. Disponível em: <http://www.catho.com.br/jcs/inputs_view.phtml?id=6690&print=1>. Acesso em: 27 out. 2009.

SALINAS, D. *Pós-modernidade. Novos desafios à fé cristã*. São Paulo : ABU, 1999.

SANCHES, Z.M., NAPPO, S.A. *A religiosidade e o consumo de drogas*. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v.34, supl 1, p. 73-81, 2007.

SANDRIN, Luciano. *Ajudar sem se esgotar : como superar a síndrome de esgotamento nas profissões de saúde e nas relações assistenciais*. São Paulo: Paulinas, 2006.

SANTOS, H. N. (org) *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral. Contribuições a partir da América Latina e Caribe*. São Paulo: ASTE, São Leopoldo: CETELA, 2008.

SAVIO, Adriana. *Religiosidade e Psicoterapia*. São Paulo: Roca, 2008.

SAVIOLI, Roque Marcos. *Milagres que a medicina não contou*. São Paulo: Gaia, 2004.

SCHIPANI, Daniel S. *O caminho da sabedoria no Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2003.

TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges & MÜLLER, Marisa Campio (org.) *Espiritualidade e saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

TRATADO DE CARDIOLOGIA SOCESP. 2. ed. Barueri: Manole, 2009.

_____. Disponível em: http://www.socesp.org.br/publicacoes/tratado-cardiologia.asp#.VCrhN_IdWvM., 2009. Acesso em: 29 set. 2014.

WENDLING, Paulo. *Fica livre da tua doença: uma abordagem holística das principais enfermidades e de como livrar-se delas usando recursos naturais*. São Paulo : Paulinas, 2012.

WILSON, Michael. *O hospital: fragmentação e conflito*. Ensaio 5. São Leopoldo: 1970, p. 52-63.

WONDRACEK, KARIN. HOCH, Lothar Carlos, HEIMANN, Thomas, orgs. *Sombras da alma – tramas e tempos da depressão*. São Leopoldo: SINODAL/EST, 2012.

WOLF, Hans. W. *Antropologia do Antigo Testamento*. São Paulo: Loyola, 1975.

WUELLNER, Flora Slosson. *Oração, estresse e nossas feridas emocionais*. São Paulo: Exodus, 1997.

ANEXO 1**ENTREVISTA COM DR. FERNANDO ANTONIO LUCCHESI****31.01.14**

Fani Chiang

CIRURGIÃO CARDIOLOGISTA, atua na Santa Casa de Misericórdia no Hospital São Francisco e no Hospital Moinhos de Vento em Porto Alegre, RS.

P: Na sua opinião, qual a importância da espiritualidade na recuperação do paciente com problemas cardiovasculares?

R: Vamos começar com conhecimentos básicos que nós temos sobre a interferência da espiritualidade sobre a doença cardiovascular. Está ficando claro agora, depois de grandes números de pesquisas, que nós temos um efeito positivo da presença da espiritualidade, tanto na fase pré-operatória, quanto 'pós-operatória, ou na fase pré-diagnóstico, pós-diagnóstico, na fase pré-tratamento, ou pós-tratamento do doente cardiovascular.

Os mecanismos ainda não são muito conhecidos do ponto de vista fisiopatológico. Mas já são bem conhecidos do ponto de vista de resultados, os resultados são muito claros. Nós temos o seguinte, de que, por exemplo, a cirurgia, o sujeito que tem uma vida espiritual ativa nos meses que antecedem a cirurgia, sem dúvida são indivíduos que vão à cirurgia com risco menor, principalmente, com menor morbidade.

A mortalidade muitas vezes é difícil definir porque precisam de séries muito grandes para fazer diferença na mortalidade..., mas é preciso ter muito claro que a morbidade é completamente diferente, quando o indivíduo se submete a uma cirurgia tendo uma história espiritual ativa pré-operatória. São indivíduos que se

recuperam mais rápido, que tem menor número de complicações cardiopulmonares, que utilizam menos equipamento no pós-operatório, por exemplo, fazem menor tempo de UTI, ou seja, têm recuperação imediata mais rápida, tem menos complicações cardiovasculares do tipo arritmia, do tipo, do contexto de todas complicações pós-operatória do tipo insuficiência cardíaca, falência ventricular, ou coisa que vá....

Então, na realidade o contexto todo de complicações diminui quando tem vida espiritual ativa no pré-operatório.

Nós estamos começando estudo randomizado que pertence também ao Instituto do Cego quando vamos avaliar indivíduos que recebem oração e não recebem oração. E indivíduos que são preparados do ponto de vista espiritual e que vêm preparados e os que não vêm preparados.

Mas mais, o objetivo é estudar a presença de agentes inflamatórios no sangue, correlacionando com o tempo de situação corpórea em doentes que são submetidos à cirurgia aberta, cirurgia cardíaca aberta, por exemplo, sabemos que a Interleucina 6 costuma ser mais baixa em indivíduos que tem uma vida espiritual ativa pré-operatória, mas queremos ver o efeito contrário do indivíduo que não tem vida espiritual ativa, mas que tem uma vida social organizada, uma vida familiar organizada pra ver se a vida espiritual não é o componente único, nós podemos separar este componente.

E também estamos querendo neste grupo especificamente, tentar isolar o efeito placebo que é uma das críticas que tem sido feita na pesquisa da espiritualidade, na recuperação do doente cardiovascular. Existem muitos mecanismos. O nosso mentor na área de pesquisa é o Dr. Harold Koenig, da Duke University, diretor do Centro de Espiritualidade e Saúde da Duke University e que tem mais de 300 trabalhos publicados na área, mais de 40 livros escritos na área.

Nós publicamos com Dr. Koenig da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular... no 1º volume do ano passado. Nós publicamos um artigo com o seguinte título: *Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil.*

Na realidade esse é um roteiro para se estudar doença cardio-cérebro-vascular em termos de desfechos pós-operatórios, dos desfechos de estilo de vida,

como por exemplo, estudamos hipertensão, fungo, doença coronária, a presença dos vários marcadores inflamatórios, etc...

Bom, o que é que nós temos agora de concreto, nós temos de concreto uma mudança na morbidade, são pacientes que evoluem de forma absolutamente diferente, quando tem uma vida espiritual ativa.

Nós tivemos que aprender neste meio tempo como fazer uma anamnese... Anamnese espiritual é extremamente importante para definir tipo de espiritualidade do paciente. Isto tem vários escores que a Duke também desenvolveu existem vários escores; e nós estamos utilizando todo o conhecimento de pesquisa básica da área do Duke até hoje disponível e também nós definimos a evolução pós-operatória não só em termos de complicações mas também de recuperação a médio prazo, então aí tem também os escores de estilo de vida, os escores de satisfação de vida, etc. que são aplicados no pós-operatório.

O que eu posso dizer, Fani, que estamos muito satisfeitos com resultados até agora, então sem a menor dúvida a espiritualidade parece exercer papel importante. Agora, acho que cabem aqui duas perguntas:

Primeiro, o paciente quer que o médico enderece o médico e a equipe de saúde enderece a questão da espiritualidade? Isto é uma pergunta importante. O paciente quer ou não quer?

Isto já temos feito em 350 cardiopatas na véspera da cirurgia cardíaca, eles responderam uma série de perguntas, todas elas encaminhadas neste sentido.

Posso passar este material. É uma matéria interessante estamos publicando agora. Este material mostra o seguinte, que pelo menos 65% dos pacientes, a princípio, gostariam que o médico ou a equipe de saúde abordasse a questão da espiritualidade antes de cirurgia de alto risco.

Tem um grupo ainda maior, quando são os pacientes do SUS, os pacientes previdenciários têm maior tendência em utilizar este apoio da espiritualidade. Aí chega a mais de 75%.

Bom... e aí a pergunta seguinte: Os médicos têm entrado no assunto da espiritualidade? Menos de 20%, em torno de 15% disseram que médicos e equipes de saúde abordaram a questão de espiritualidade.

Este trabalho visa no sentido de mostrar como é o meu serviço no Hospital São Francisco para poder então, estabelecer mecanismos para mudar isto ao longo do tempo. Fica bem claro então, que mais de 70% dos pacientes gostariam que o médico abordasse; só 15% dos médicos abordam.

Bom, aí fizemos outro estudo também importante, perguntamos aos médicos, você aborda a questão da espiritualidade? Aí neste estudo um questionário um pouco mais complexo, respondido por 100 cardiologistas. Estes 100 cardiologistas responderam a perguntas como:

“Você acredita em Deus?” “Você reconhece a importância da espiritualidade sobre a doença e o tratamento e os desfechos?”

Terceiro, você costuma abordar a questão da espiritualidade? Por quê? Bom, primeira grande surpresa, na primeira pergunta, todos na primeira pergunta então, “Você reconhece a presença de Deus? Você acredita em Deus?” Bom, invariavelmente 95% acreditam em Deus.

Já na pergunta seguinte, você reconhece a importância da espiritualidade nos desfechos? Em torno de 75% reconhecem a importância da espiritualidade nos desfechos.

E aí no 3ª lugar, você aborda a questão sobre a espiritualidade nos seus pacientes? 20% dizem abordar.

Por quê? Aí então os que abordam respondem que abordam porque acreditam e os que não abordam, respondem:

“Acho que isso deve ser deixado para pessoas especializadas”. Ou seja, tipicamente uma atitude de defesa do médico no sentido de não se expor, “eu não me exponho, eu não sei como abordar este assunto, então que venha o pastor, que venha o padre, o rabino pra resolver esse problema...”

A gente sabe que isso é um erro clássico, e que melhor seria quando um médico abordasse diretamente com o paciente, a enfermeira abordasse diretamente com o paciente. A enfermeira da UTI abordasse o paciente, a enfermeira de beira de leito abordasse o paciente.

Estas informações mostraram que por exemplo, se o médico reza com o paciente no pré-operatório da cirurgia, isso interfere favoravelmente no resultado.

Já tem trabalho feito pelo Dr. Koenig que foi até patrocinado pelo Mexico Institute of Health Clinic... Patrocinou o estudo de US\$1 milhão para o Dr. Koenig responder esta pergunta: "O que acontece quando o médico cirurgião reza junto com o paciente?"

Então, Fani, nós já temos um elenco disponível, absurdamente fantástico.

O que falta agora são estudos de excelentes qualidades, estudos que realmente se dediquem a mostrar cientificamente a influência da espiritualidade. Sempre separando o efeito placebo e sempre usando a melhor qualidade estatística.

Dr. Koenig tem um curso para pesquisadores da área de espiritualidade. Um curso anual, antes ele fazia duas vezes ao ano. Agora só em final de julho a agosto, em que ele aborda a questão de estatística, a questão do poder do projeto, a questão do desenho do estudo coisas deste tipo. Que exige realmente, conhecimento específico em pesquisa clínica. E tem muitos vieses aí em torno disso. É mais ou menos um resumo que posso fazer para você.

P. Qual seria para o sr. o conceito de espiritualidade?

R. Então, por regra, a gente define assim, porque é muito difícil definir espiritualidade. Espiritualidade é uma busca do transcendente. Religiosidade é a manifestação física desta busca do transcendente. Então, nós sempre buscamos mais definir coisas que podemos medir. E a religiosidade nós medimos, então espiritualidade e religiosidade sempre andam juntas em nosso conceito de pesquisa.

Definimos assim, por exemplo, o sujeito com vida espiritual ativa, é o sujeito que nos últimos seis meses (aí existem três grupos) frequentou uma atividade religiosa pelo menos uma vez nos últimos 6 meses. O primeiro grupo.

O segundo grupo: frequentou uma atividade religiosa no último mês, antes da cirurgia. E o terceiro grupo frequentou uma atividade religiosa na última semana.

São os indivíduos que tem uma vida religiosa ativa, isso define sempre uma presença religiosa.

Depois tem o grupo do não. Não frequentam uma atividade religiosa há mais de seis meses ou um ano. Definimos o grupo que consideramos que não tem a influência da espiritualidade, da religiosidade no contexto.

P. O problema talvez não seja pela falta de ensino sobre espiritualidade nas Faculdades de Medicina?

R. O que está acontecendo, pouquíssimas universidades no Brasil tem uma disciplina de espiritualidade e religiosidade para médicos, ou para enfermeiras, ou para equipe de saúde, pouquíssimas.

A primeira coisa a fazer é criar um currículo para esta disciplina. Estamos estudando com meu grupo aqui, um currículo básico para disciplina de espiritualidade para médicos; espiritualidade, religiosidade para médicos.

Nós pretendemos publicar este currículo básico de espiritualidade e religiosidade para médicos para servir como modelo para outras universidades e implantar também, aqui no estado em algumas universidades. Estamos agora na fase de elaboração do currículo. E pretendemos depois visitar os reitores e vender para os reitores, porque isto não tem como sair de baixo para cima, muito difícil, tem que vir de cima para baixo.

Já existe muitos grupos de espiritualidade, na USP, fora da USP em toda parte. Aqui na UFRS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, existe vários grupos de espiritualidade e religiosidade estudando, se reunindo, discutindo, etc., em todo Brasil, só que esses grupos são razoavelmente fechados. Não estão sendo transferidos para dentro de uma disciplina, então as universidades não estão acolhendo a ideia de uma disciplina sobre espiritualidade e saúde.

Enquanto no Brasil não temos mais que cinco ou seis cursos destes, nos USA hoje, praticamente, a totalidade das escolas médicas americanas tem um curso destes, ou obrigatório, ou opcional. Os opcionais, estão praticamente presentes em todas as universidades hoje nos USA. E os obrigatórios, por exemplo, a HARVARD tem curso obrigatório de espiritualidade e religiosidade para médicos.

Eu acho que nós que estamos pesquisando na área, o passo seguinte temos que procurar trabalhar no currículo desta disciplina, existe proposta disto. Há um livro sobre isto do Koenig, no qual ele propõe este tipo de disciplina e acho que temos que nos adaptar à realidade brasileira, ir adiante e começar a divulgar isto de uma forma mais ativa.

Porque nos USA está muito mais presente nas faculdades, porque a relação de médicos e pacientes nos USA é evidente, pelo número de processos de pacientes e conflitos entre pacientes e médicos e a espiritualidade e a religiosidade é uma forma de convergência de paciente e médico, seria uma nova forma de abordagem da relação pacientes e médico. É extremamente importante.

Ainda não evoluímos muito aqui no Brasil, talvez temos menos do que os americanos, porque nossa relação com os pacientes é sem dúvida, mais afetiva, mais próxima dos pacientes. Se você considerar, por exemplo, o próprio INCOR, você verá a relação dos médicos com pacientes é muito boa, das enfermeiras também, os pacientes se sentem acolhidos, e das enfermeiras também; o grupo de saúde dos idosos também. O que não é comum nos USA, tem um distanciamento muito grande do médico e paciente, muito grande.

O que não acontece no Brasil pelas nossas características latinas, etc., então eu acho que aqui será mais lento, mas também é menos necessário que nos EUA; lá deve ser implantado com mais urgência pela necessidade de melhorar a relação.

P. E quanto ao trabalho dos leigos, voluntários, capelães, a atuação deles auxilia?

R. Extremamente importante. Deixo colocar bem claro, A HARVARD foi a primeira a acolher a medicina psicossomática espiritual. Seja considerando o tripé corpo-mente-espírito.

A Harvard tem uma rotina dos alunos da Faculdade de Medicina, eles visitam os pacientes, fazem *round* com os pacientes junto com os capelães, os médicos visitam os pacientes com os capelães, os médicos. Em determinado momento da faculdade tem uma disciplina que é uma visita junto com os capelães. O que isso significa, o médico tem uma oportunidade de aprender uma nova relação, uma relação baseada em outros valores, não simplesmente o valor do conhecimento científico, o valor do tratamento da doença, mas o médico tem a possibilidade de presenciar a relação direta que existe entre o transcendente e o paciente em crise de saúde.

Ou seja, aquele representante religioso entrando aí, ele na realidade é o representante do transcendente, ele está representando a figura do transcendente...

Em princípio, eu preciso disso, claro que eu preciso do médico, mas o médico pode errar, é humano. Quem está entrando aqui está me trazendo uma parte do divino...

Então, não só é importante a participação dos leigos, dos chamados leigos religiosos, porque não só é importante, como é absolutamente necessário. A grande dificuldade está na formação desse pessoal. Muito pouca gente é formada no Brasil nesta área. Precisamos de muita gente nesta área.

Os próprios capelães hoje, ainda acontece muito a história do padre que foi alocado para o hospital, é o padre velho, o padre que já fica lá, que se tiver alguma doença, ele já está dentro do hospital. Claro que começa a haver mudanças. O próprio INCOR tem um quadro fantástico, tem gente muito boa, ministros religiosos, excelentes, que são proativos, ativos, mas considera as instituições menores, vamos sair do berço da melhor medicina e vamos partir para a periferia.

Talvez seja mais importante o leigo religioso que o próprio médico, porque o médico vai lá faz o procedimento e vai embora, tem pouco tempo, porque tem pouco tempo, por que o SUS, as dificuldades, a pressão de agenda, tal... ele tem menos tempo.

O religioso convive, é o que levanta o paciente, faz entender que a vida dele tem um propósito, traz este propósito para a vida, mesmo na dor e mesmo no momento do sofrimento. Então, eu tenho uma predileção total pelos religiosos...

Lembro quando fazia minha formação nos USA, lembro um episódio engraçadíssimo. Eu fazia plantão de noite, e notava o seguinte que o padre que atendia a UTI, padre italiano, ele, a única noite que conseguia entrar na UTI era na minha, porque eu permitia, nas outras noites os outros médicos não permitiam pra falar com os pacientes. Faz muito tempo atrás...

Eu fazia questão e fazia um *round* com o padre e andava de leito em leito, explicando quem era...e coisa tal, e fiquei surpreso: eram judeus, eram evangélicos, eram católicos, eram todas as religiões que acolhiam o padre com alegria e satisfação.

Aí o pastor descobria, que tinha aquele horário, então vinha o rabino, então aquela noite virou uma farra. Então todo mundo era atendido pelo seu rito. É muito bonito, eu gosto.

P. Poderia relatar-nos alguma breve experiência de vivência pessoal da presença de Deus atuando?

R. Tenho várias, vou relatar algumas coisas, por exemplo: no meu serviço, eu faço cirurgia cardíaca, sou responsável...pelo serviço razoavelmente grande, é um serviço respeitável no país, etc... Eventualmente tem uma morte em salas de cirurgia, na pós-cirurgia... Existe uma regra, quando o paciente está em situação corpórea e o coração não bate, não recupera; então existe uma regra, naquele momento. Toda equipe neste momento, se reúne ao redor do paciente, pegam as mãos do paciente, dão as mãos em círculo. Neste momento nós fazemos uma oração simples:

“Meu Deus, esse irmão, eu usei nesse irmão toda minha habilidade, todo meu conhecimento, técnica, eu não consegui resolver, eu te entrego ele nas tuas mãos.”

Este é um momento de muita força, um momento obviamente triste, mas um momento que dá muita energia aos meus cirurgiões. Eles saem de lá sempre abraçados em mim, dizendo “obrigado por ter me ajudado a passar por isto”.

Outras coisas, do tipo, pacientes que eu tenho várias situações. Sempre endereço o assunto espiritualidade, religiosidade com os pacientes da cirurgia. Sempre:

“Bom aqui está tudo certo, convenio, hospital, horário de cirurgia. Tudo bem, agora tem uma coisa: temos que nos preparar espiritualmente para a cirurgia. Ter um momento para Deus...”

Espiritualidade transmite uma energia que não conhecemos.