

## **Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética?**

Grazielly Giovelli

Gunter Lühring

Gabriel José Chittó Gauer

Prisla Ücker Calvetti

Renata Gastal

Clarissa Trevisan

Leonardo Silva

### **Resumo**

O presente artigo refere-se à discussão entre Bioética e Religião na atenção aos pacientes em tratamento de saúde. Os princípios éticos da Beneficência e Autonomia do paciente geralmente são conflitos que os profissionais de saúde enfrentam na sua prática para a tomada de decisão. Dentre estas, o transplante de órgãos e a transfusão de sangue tem sido temas de discussão sobre Bioética e Religião. O conflito da Beneficência se manifesta mais fortemente em relação a autonomia quando a vida do paciente está em risco. Frente a isso também o respeito aos valores do paciente é fundamental para o vínculo na relação terapêutica. Destaca-se a necessidade da formação sobre Bioética para profissionais de saúde, e a inclusão do tema Religião. Além disso, o desenvolvimento de estudos sobre crenças e práticas religiosas e suas implicações éticas na atenção ao paciente e tomada de decisão.

**Palavras-chaves:** Bioética; Religião; Beneficência; Autonomia.

## Introdução

O ser humano possui uma propensão a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal. Esta busca e crença em um sentido de conexão com algo maior que si próprio de acordo com Saad et al. (2001), pode ser chamada de espiritualidade.

A busca de sentido e de significado é uma das necessidades fundamentais do ser humano, que o distingue das demais espécies, até onde sabemos. O ser humano é um ser em relação: consigo mesmo, com seus semelhantes, com a natureza, com a divindade. A espiritualidade sempre tem a ver com o transcender a si mesmo e para transcender a si mesmo é preciso entrar em relação (Ferrer, 2002). Esta não é entretanto, uma visão meramente filosófica. A capacidade de atribuir significado não pode ser artificialmente reproduzida. Penrose (2006), provou matematicamente que os computadores não conseguem simular a única característica que define a mente humana, o significado. De acordo com Goswami (2006), a mente não é física, assim, não é atribuída ao corpo ou ao cérebro, mas sim, extra-física. Assim, reconhecer a capacidade que nos distingue das demais espécies, e diferencia nossa mente de uma máquina, aceitando-a como algo externo ao próprio corpo, é reconhecer a espiritualidade.

Consideramos por espiritualidade, então, o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como significadas e sentidas da vida, não se limitando a qualquer tipo de crença ou prática religiosa (Volcan, 2003).

Frente à emergência da atualidade para o entendimento das crenças e práticas religiosas de pacientes em tratamento de saúde, o profissional, em especial, o médico, depara-se com conflitos éticos entre Beneficência e Autonomia do paciente para tomada de decisão em relação a procedimentos médicos. Neste âmbito, o objetivo deste artigo é realizar uma discussão sobre a temática Bioética e Religião.

## **Espiritualidade, religiosidade e Ciência**

A espiritualidade pode estar ligada à religião, mas não necessariamente, pois esta antecede a religiosidade. O Dicionário Oxford (Simpson e Weiner, 1989) define espírito como a parte imaterial, intelectual ou moral do homem. O termo espiritualidade está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados (Saad et al., 2001; Powell et al., 2003).

A religião, por sua vez, é a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo, a "crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo". Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Assim, os conceitos religiosos/espirituais não são consensuais, pois, embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo.

Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento. Pode haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não necessariamente são de natureza não-material, como o ateísmo.

O interesse sobre a espiritualidade e a religiosidade não é uma novidade no curso da história humana. Contudo, apenas recentemente a ciência tem demonstrado interesse em investigar o tema. No começo dos anos de 1960, os estudos eram dispersos e, nesse período, surgiram os primeiros periódicos especializados, entre os quais o *Journal of Religion and Health*. A partir dessa época, estudos realizados sobre espiritualidade e religiosidade em amostras específicas (por exemplo, enfermidades graves, depressão e transtornos ansiosos) mostraram pertinência quanto à investigação do impacto dessas práticas na saúde mental e na qualidade de vida (Propst, 1992; Azhar et al., 1995; Pargament, 1997; Koenig, 2001; Berry, 2002).

Existe abundância de dados sobre o impacto da religião na vida das pessoas (Levin e Vanderpool, 1991), e atualmente, observa-se na literatura psicológica ênfase crescente do tema espiritualidade (Crossley e Salter, 2005). Em recente levantamento de dados no site de pesquisa para publicações médicas indexadas de

maior impacto clínico (sistema Medline), foram encontradas mais de 35 mil estudos que abordavam religiosidade e saúde, e embora menor número, mais de 4 mil estudos referentes a espiritualidade e saúde. Este conteúdo foi produzido entre 1982 e 2007.

## **Espiritualidade, religiosidade e saúde**

A espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (Peres, Simão e Nasello, 2007).

A comprovação da utilização de aspectos distintos da espiritualidade e da religiosidade como suporte, terapêutica e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído emblemático desafio para a ciência médica. Em se considerando as limitações éticas e de método, demonstra-se o quão dificultoso se faz mensurar e quantificar o impacto de experiências religiosas e espirituais pelos métodos científicos tradicionais.

Vários estudos demonstram que o conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos clientes colaboram com a aderência do indivíduo à psicoterapia, assim como com melhores resultados das intervenções (Giglio, 1993; Razali et al., 1998; Sperry e Sharfranske, 2004). Porém, poucos estudos envolvendo religiosidade, espiritualidade e psicoterapia foram conduzidos no Brasil. A revisão da literatura foi feita a partir de um levantamento de artigos publicados até janeiro de 2007 no Medline/PubMed e no PsycINFO com os descritores *religiousness - spirituality - psychotherapy*.

Um estudo recente apontou que entre os norte-americanos os temas trabalho, família, sexualidade e amigos eram os mais freqüentes em psicoterapia. A religião e a espiritualidade foram consideradas temas de igual importância e os clientes observaram os terapeutas abertos para discussão desses domínios (Miovic et al., 2006). Entretanto, nem todas as abordagens encontraram um ajuste do tema em suas intervenções terapêuticas. Os psicólogos estudados consideraram a

espiritualidade um tema potencialmente provedor do encontro de equilíbrio e harmonia dos clientes. Contudo, a diversidade de conceitos acerca da espiritualidade foi observada como um aspecto crucial da dificuldade para abordar o tema na psicoterapia. O estudo pontuou a importância de tornar os conceitos religião e espiritualidade mais coerentes e acessíveis, facilitando o diálogo profissional no contexto terapêutico (Miovic et al., 2006; Crossley e Salter, 2005).

As pesquisas relacionadas a pacientes com doenças crônicas de acordo com Thompson (1999) tem apontado para a importância do apoio social. Destaca a necessidade de investigação referente as diversas formas de relacionamentos e como a enfermidade afeta a estes, família, amigos e comunidades. Neste sentido, as crenças e práticas religiosas do paciente constitui uma fonte de apoio social.

As crenças religiosas e espirituais tem demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores, como o processo saúde-doença e no tratamento da saúde (Volcan, 2003, Panzini e Bandeira, 2005). A compreensão dos profissionais de saúde sobre espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos pacientes pode auxiliar na prática clínica, como forma de aprimorar a relação profissional e paciente.

## **A interface Bioética e Religião**

A Bioética é a ponte entre a ciência e as humanidades. Potter (1971), propõe o termo como forma de enfatizar e unir o conhecimento biológico e valores humanos, para se atingir uma nova sabedoria. A Bioética é uma ética aplicada que se ocupa do uso correto das novas tecnologias na área das ciências médicas e da solução adequada dos dilemas morais por elas apresentados. Bioética não é uma disciplina, é uma atitude diante da vida. (Clotet, 1995).

As situações de vida e morte envolvem vários personagens: pacientes, familiares e equipe de saúde, além da instituição hospitalar. Numa relação simétrica, qualquer decisão envolverá todos estes personagens, arrolando-se os prós e os contras de cada uma das opções. Quando a discussão em jogo está em torno da dignidade, não só durante toda a vida, mas também com a aproximação da morte, envolvendo a valorização das necessidades e a diminuição do sofrimento, devem ser considerados alguns dos princípios da bioética.

Entretanto, na maior parte das instituições hospitalares observa-se a posição paternalista, na qual, baseada no princípio da beneficência, de se fazer o bem e evitar o sofrimento adicional, a equipe age unilateralmente, justificando-se com a idéia de que sabe o que é melhor para o paciente; ou seja, considera que este não está preparado para saber o que é o melhor para si. Assim, a equipe de saúde é a depositária do saber.

Toda esta discussão se torna fundamental quando está em jogo a busca da dignidade, não só durante toda a vida, mas também com a aproximação da morte, envolvendo a valorização das necessidades e a diminuição do sofrimento. O princípio da justiça envolve a propriedade natural das coisas, a liberdade contratual, a igualdade social e o bem-estar coletivo entendido como equidade: cada pessoa deve ter suas necessidades atendidas, reconhecendo-se as diferenças e as singularidades, como apontam Fortes (2002) e Garrafa e Porto (2002).

Enquanto a medicina oriental busca integrar de forma explícita a dimensão religiosa/espiritual ao binômio saúde-doença (Fabrega, 2000), a medicina ocidental como um todo, especialmente a psiquiatria, vinha tendo duas posturas principais em relação ao tema: negligência, por considerar esses assuntos sem importância ou fora da área de interesse principal; ou oposição, ao caracterizar as experiências religiosas dos pacientes como evidência de psicopatologias diversas (Sims, 1994).

Mas quais são os limites entre o médico/psicólogo e o cliente que consideram temas religiosos e espirituais? Deve o médico ou psicólogo discutir religião e espiritualidade com seus pacientes/clientes? A American Psychiatric Association entende que sim, e reconhece que os temas religiosos e espirituais podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico/psicológico (Lukoff et al., 1995). A inclusão da categoria "problemas religiosos ou espirituais" como uma categoria diagnóstica inserida no DSM-IV considera tal aspecto. Alguns educadores recomendam que os médicos perguntem rotineiramente sobre a espiritualidade e a religião ao conduzirem a história médica de seus pacientes (Ehman et al., 1999).

A religião foi denominada por Larson e Larson o fator esquecido na saúde física e mental (Pargament et al., 1992). Entretanto, nas últimas décadas, este panorama tem se modificado em função do que Saad et al. (2001) nomearam espiritualidade baseada em evidências: atualmente existem centenas de artigos científicos mostrando uma associação entre espiritualidade/religião e saúde que é estatisticamente válida e possivelmente causal (Levin, 1994). Assim, os profissionais

da saúde possuem indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de doenças.

A Bioética de acordo com o modelo explicativo da complexidade, tem as seguintes características: interdisciplinaridade, o pluralismo, a humildade, a responsabilidade, o senso de humanidade, dentre outras. Segundo Goldim (2007) *“no processo de tomada de decisão o sistema de crenças de uma pessoa tem papel fundamental. Estas crenças, incluindo-se as religiosas, afetam a sua percepção e leitura do mundo, o conjunto das alternativas disponíveis e a seleção da ação que irá ser realizada ou não. Os aspectos religiosos ou espirituais devem estar também incluídos em uma reflexão bioética, sempre preservando o caráter plural da discussão e não assumindo uma posição sectária”* (<http://www.ufrgs.bioetica.br>).

O profissional de saúde, em especial o médico em situações conflitantes para o paciente testemunha de Jeová que necessita de transfusão de sangue. Desde a regulamentação da lei n. 9.434 de fevereiro de 1997, onde ficou estabelecida a doação presumida de órgãos tornou-se particularmente importante discutir a questão com várias esferas da sociedade.

Um Estudo das Representações Religiosas sobre Doações de Órgãos e Sangue e Influência da Definição do Momento da Morte realizado por Profa. Daniela Knauth do Departamento de Medicina Social/UFRGS e NUPACS/UFRGS avaliou a relação ou a influência entre práticas e crenças religiosas e adesão a determinadas práticas médicas tais como doação de sangue, transfusão e transplante. A análise de entrevistas com líderes religiosos de diferentes religiões demonstrou diferentes crenças sobre o entendimento do momento de morte. Predominou a crença de que o espírito permanece por vários dias ligado ao corpo e a retirada de órgãos seria traumática para o espírito.

O Núcleo Interinstitucional de Bioética ([www.ufrgs.bioetica.br](http://www.ufrgs.bioetica.br)) tem realizado uma pesquisa sobre Bioética e Espiritualidade que visa informar e permitir que os profissionais de saúde tenham conhecimento das diferentes posições religiosas e sua influência no processo de tomada de decisão dos pacientes e familiares. Em relação ao Espiritismo, o tema do início da vida de uma pessoa é visto como uma continuidade, pois segundo esta doutrina tudo é vida. O espírito seleciona a família onde irá reencarnar com o sentido de continuar a sua trajetória, e acredita-se que

esta seja a melhor possível no atual estágio. A conexão entre o espírito e o novo corpo físico ocorre no momento da fecundação. O final da vida do corpo físico não implica na liberação instantânea do espírito. O transplante de órgão pode ocorrer após a liberação do espírito, caso o doador tenha desejado esta doação.

Em relação ao Budismo Tibetano, existe um período após a morte física do indivíduo e a liberação de sua consciência. Neste período o corpo não pode ser tocado ou transferido, pois poderia alterar o processo de liberação da consciência. Existe a crença de que a pessoa ainda persiste, ainda naquele mesmo corpo, por um período de tempo, e por isto necessita de respeito. É importante que o profissional de saúde tenha conhecimento desta religião e considere os aspectos referidos frente a morte.

Uma outra de religião que gera polêmica sobre tratamentos médicos é denominada Testemunhas de Jeová. A discussão sobre a indicação médica de transfusão de sangue em pacientes Testemunha de Jeová envolve uma discussão ética sobre um benefício médico e o exercício da autonomia do paciente. Neste caso, um posicionamento válido refere-se ao fato de que a vida é um bem maior de acordo com o Código de Ética Médica referidos nos artigos 46 e 56.

A partir de diferentes concepções religiosas, pode-se observar a importância do entendimento das crenças dos pacientes para a tomada de decisão destes junto ao profissional de saúde, em especial médico. Os princípios de Bioética, beneficência e autonomia do paciente são o conflito mais frequentes nos quais o médico depara-se. Por este motivo, é fundamental o entendimento sobre religião e junto a isto as possíveis repercussões sobre o tratamento de saúde do paciente, tratando-o com respeito às suas crenças e práticas religiosas.

### **Considerações finais**

A religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais dos pacientes necessitam ser inseridas no entendimento da prática clínica do profissional de saúde, médico, psicólogo, dentre outros. Questões éticas relacionados ao transplante de órgãos e transfusão de sangue tem sido temas de discussão no âmbito da interface Bioética e

Religião. Neste sentido, o respeito aos valores do paciente é fundamental para o vínculo profissional-paciente. Porém, quando o médico depara-se com o risco de vida do paciente, esta torna-se o valor mais significativo, e o princípio de Beneficência se destaca em relação a autonomia do paciente. Nas demais situações que não seja de risco à vida, a tomada de decisão do paciente deve ser respeitado pelo profissional.

A partir da reflexão realizada neste artigo pode-se observar que na formação dos profissionais de saúde pouco tem sido a discussão sobre religiosidade e espiritualidade dos pacientes. Por este motivo, sugere-se que esta temática seja inserida nos currículos acadêmicos e de educação continuada. Faz-se necessária a realização de estudos na área para uma melhor compreensão sobre os sistemas de crenças e práticas religiosas e suas implicações éticas no contexto de saúde.

## **Referências**

Azhar, M.Z.; Varma, S.L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom* 63(3-4):165-168

Berry, D. (2002). Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. *Int J Psychiatr Nurs Res* 8(1):875-890

Clotet J. A. (1995) .Bioética: uma ética aplicada em destaque. In: Clotet J. Bioética uma aproximação. Porto alegre: EDIPUCRS, 2003:33

Crossley, J.P.; Salter, D.P. ( 2005) . A question of finding harmony: a grounded theory study of clinical psychologists experience of addressing spiritual beliefs in therapy. *Psychol Psychother* 78(3):295-313

Fabrega, H.J. (2000). Culture, spirituality and psychiatry. *Forum - Culture, Spirituality and Psychiatry. Current Opinion in Psychiatry*. 13(6):525-530, November.

Ferrer, J. (2002). Medicina y Espiritualidad: redescubriendo uma antigua alianza. In: Bioética: um diálogo Plural (Homenaje a Javier Gafo Fernández). Madrid: Ed. Univ. Pontificia Camillas,:891-917

Giglio, J. (1993). The impact of patients and therapists religious values on psychotherapy. *Hosp Community Psychiatry* 44(8):768-771,

Goldim, J.R. (2007). Bioética e espiritualidade. In: <http://www.ufrgs.bioetica.br>. 12/12/2007

Goldim, J.R. (2003). Bioética e Espiritismo. In: <http://www.ufrgs.bioetica.br>. 09/06/2003.

Goldim, J.R. Bioética e Budismo Tibetano. In: <http://www.ufrgs.bioetica.br>. 09/06/2003.

Goldim, J.R. Transfusão de Sangue em Testemunhas de Jeová. In: <http://www.ufrgs.bioetica.br>. 06/05/2007.

Goswami, A. (2006) O Médico Quântico. São Paulo, Pensamento - Cultrix

Knauth, D. (1997). Um Estudo das Representações Religiosas sobre Doações de Órgãos e Sangue e Influência da Definição do Momento da Morte. Depto. de Medicina Social/UFRGS e NUPACS/UFRGS. Trabalho apresentado na 17a. Semana Científica do HCPA (1997) e publicado na Revista HCPA,15(2).

Koenig, H. (2001). Handbook of religion and health: a century of research reviewed. University Press, Oxford

Levin, J.S.; Vanderpool, H.Y. (1991) - Religious factors in physical health and the prevention of illness. *Prevention in Human Services* 9:41-64

Levin, J.S. (1994). Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Soc Sci Med* 38(11):1475-482

Lukoff, D.; Lu, F.G.; Turner, R. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am* 18(3):467-485

Miovic, M.; McCarthy, M.; Badaracco, M.A.; Greenberg, W.; Fitzmaurice, G.M.; Peteet, J.R. (2006). Domains of discussion in psychotherapy: what do patients really want? *Am J Psychother* 60(1):71-86

Pargament, K.I.; Olsen, H.; Reilly, B.; Falgout, K.; Ensing, D.S.; Haitsma, K.V (1992). God help me (II): the relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *J Sci Study Relig* 31(4):504-513

Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of religion and coping: theory, research, and practice*. Guilford Press, New York

Panzini, R. G., Bandeira, D. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em Estudo, Maringa.* 10 (3), 507-516.

Peres, J.F.P.; Simão, M.J.P; Nasello, A.G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.34 suppl.1 São Paulo

Potter VR. (1971). *Bioethics. Bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall,2

Powell, L.H.; Shahabi, L.; Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. *American Psychologist* 58(1):36-52

Propst, L.R.; Ostrom, R.; Watkins, P.; Dean, T.; Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of consulting and clinical psychology* 60(1):94-103

Razali, S.M.; Hasanah, C.I.; Aminah, K.; Subramanian, M. (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32:867-872

Saad, M.; Masiero, D.; Battistella, L.R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 8(3):107-112

Sims, A. (1994). Psyche - Spirit as Well as Mind?. *British Journal of Psychiatry*, 165:441-46

Simpson, J.A.; Weiner, E.S. (1989). *The Oxford English Dictionary*. 2.ed. 20 V. Clarendon Press, Oxford

Sperry, L.; Sharfranske, E. (2004). *Spiritually oriented psychotherapy*. APA

Thompson, E. (1999). Resiliency in families with a member facing AIDS. *The dynamics of resilient families*. California: Sage. (pp. 135-159).

Volcan, S. M. A; Sousa; Mari, J. J.; Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo; 37 (4), 440-445.