



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados
em contexto hospitalar

Susana Queiroga

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Orientador:

Professor Doutor António Barbosa, Professor Auxiliar com Agregação,
Faculdade de Medicina de Lisboa

Co-orientadora:

Professora Doutora Graça Carapinheiro, Professora Catedrática,
ISCTE-IUL

Janeiro, 2013

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados
em contexto hospitalar**

Susana Queiroga

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Júri:

Professor Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares
Professor-Coordenador da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa

Professora Doutora Helena Carlota Ribeiro Vilaça
Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Professora Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva
Professora Auxiliar do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Professor Doutor António Barbosa
Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa

Professora Doutora Graça Carapinheiro
Professora Catedrática do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2013

Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados em contexto hospitalar.

Ao Rodrigo e ao Tiago.

Agradecimentos

Quando compomos esta folha, corremos sempre o risco de nos esquecermos de alguém muito importante, inestimável. Pode ser ingrata esta tarefa de transpor para o papel todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que este trabalho de investigação chegasse ao fim.

Assim, agradeço à Professora Doutora Graça Carapinheiro e ao Professor Doutor António Barbosa a preciosa orientação que me deram. É-me difícil traduzir por palavras tudo o que aprendi convosco. Este trabalho é a parte visível, mas é apenas uma parte dessa aprendizagem.

Agradeço a todos os capelães e assistentes espirituais que colaboraram nesta investigação, quer aos que responderam ao questionário, quer aos que disponibilizaram parte do seu tempo para as entrevistas. Espero, acima de tudo, que o resultado final lhes seja útil. Agradeço também aos profissionais de saúde que foram entrevistados, pelo contributo vital prestado e inerente tempo dispendido. Em matéria de entrevistas, não posso também deixar de agradecer, de forma particular, à Professora Doutora Helena Vilaça e ao Padre Doutor José Nuno, pelo tempo que dispensaram no âmbito das entrevistas exploratórias que realizei, fundamentais para a incursão nas temáticas em apreço.

Agradeço aos Irmãos de S. João de Deus, com quem colaboro, principalmente pelo tempo e apoio que me foi dispensado para poder levar a cabo esta empreitada. Agradeço aos meus companheiros de trabalho pelas palavras de incentivo e reconhecimento.

Por fim, mas sempre na primeira linha, a minha família. Agradeço aos meus filhos, a quem dedico este trabalho pelas horas que lhes “roubou”. Agradeço ao Rui, presença e apoio incondicionais. Agradeço aos demais membros da família pela disponibilidade e apoio, às vezes indireto, mas sem o qual era impossível fazer o que quer que fosse.

Espero ter conseguido realizar um bom exercício de reconhecido agradecimento. Por algum lapso, apresento as minhas desculpas aos que não vêm aqui o seu nome, mas também vos estou grata!

A todos bem-haja!

Susana Queiroga

Resumo

O tempo actual é caracterizado pelo individualismo do qual emerge uma constante procura de sentido particularmente quando, por uma situação de doença, o homem é confrontado com a sua finitude. Assim, considerar a espiritualidade, apesar da sua volatilidade enquanto objecto de análise, como um aspecto relevante para o bem-estar dos indivíduos, parece ter razão de ser: no âmbito das práticas dos cuidados, cada vez mais os profissionais parecem tê-la em conta no processo de produção de cuidados. Este reconhecimento é mais evidente nos cuidados paliativos, onde a aproximação da morte contém uma carga pesada de questionamento da situação em si e avaliação do percurso de vida de cada indivíduo.

Socorrendo-se de um enquadramento teórico construído a partir de um conjunto diverso de saberes, esta investigação de doutoramento centrou-se em dois conjuntos de objectivos. Em primeiro lugar, não só compreender o impacto da legislação sobre a assistência espiritual nas dinâmicas e rotinas do hospital, como também apresentar uma caracterização dos serviços de assistência espiritual e religiosa, definindo tipos analíticos, que nos permitam entender a forma como realizam e articulam o seu trabalho nos hospitais. Em segundo lugar, compreender o entendimento que profissionais de saúde têm sobre o conceito em análise, ou seja, sobre a espiritualidade, verificando também as suas expectativas e desencantos acerca destes serviços. Metodologicamente, para concretizar esta investigação recorreu-se a técnicas quantitativas e qualitativas, em concreto um questionário e entrevistas em profundidade a diversos actores sociais, como sejam capelães, médicos, enfermeiros, psicólogos e administradores hospitalares, com recurso à análise de conteúdo.

Palavras-Chave

Espiritualidade, indivíduo, procura de sentido, saúde, cuidados paliativos, hospital, assistência espiritual.

Abstract

Our times are characterized by individualism from which arises a constant search for meaning, mostly when a person faces death, caused by disease. Therefore, when we consider the relevance of spirituality to an individual's well-being, although its volatility as an object of analysis, it somehow has a purpose: in health care, more and more professionals seem to consider the place of spirituality in their health care delivery process. This recognition is clearer in palliative care, where death brings self-questioning and life course evaluation to be a heavy burden.

Having recourse to a theoretical framework, built from a set of different disciplines, this PhD investigation focused on two conjoined goals. Firstly, not only to understand the impact of the legislation regarding spiritual care on the hospital dynamic and routine, as well present a characterization of the hospital's spiritual and religious services, by defining analytical types that allow us to understand the work and articulations of these services within the hospital. Secondly, to understand the meaning that health care professionals give to spirituality, verifying also their expectations and disillusionments about this service. To render concrete this investigation, the methodology was drawn up from both quantitative and qualitative techniques, like a questionnaire and in depth interviews of different social actors such as chaplains, medical doctors, nurses, psychologists and hospital managers, with recourse to content analysis.

Key-Words

Spirituality, individual, search of meaning, health, palliative care, hospital, spiritual care.

Índice

Introdução	1
PARTE 1 – FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS: PARA UMA SOCIOLOGIA DA ESPIRITUALIDADE	
Capítulo I Do desalojamento religioso e da existência em tensão	
Introdução	8
1. Secularização, secularismo e crise de sentido.....	12
2. Espiritualidade: um aspecto da diversidade das crenças religiosas ou uma nova forma de ser religioso	24
Capítulo II Das edificações da existência	
Introdução	34
1. A identidade individualizada.....	35
2. O sentido, o quotidiano e a eternidade: imanências e permanências	43
3. A religião, o sagrado e o profano	52
Capítulo III Templo-hospital ou sacralização de práticas	
Introdução	65
1. O corpo santuário e a existência tutelada.....	70
2. A procura da cura e da salvação.....	75
PARTE 2 – CUIDADOS ESPIRITUAIS NO HOSPITAL: TRAÇOS TEÓRICOS E LEGAIS	
Capítulo IV Das práticas ao enquadramento legal da assistência	
Introdução	84
1. Práticas e ritos – cuidados espirituais no contexto hospitalar	86
2. Da legislação ao contexto actual das capelanias portuguesas	98
PARTE 3 – A ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL: PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM CONTEXTO HOSPITALAR	
Capítulo V Abordagem metodológica: enquadramento das opções tomadas	
Introdução	108
1. A abordagem metodológica: da opção quantitativa à opção qualitativa.	109
1.1. O questionário.....	110

1.2. As entrevistas.....	112
1.3. A análise de conteúdo.....	117
1.3.1. Síntese dos dados apurados com recurso ao programa Nvivo.....	121

Capítulo VI | Retrato dos serviços de assistência espiritual

1. Caracterização dos serviços.....	126
1.1. Quem são e onde estão os inquiridos.....	126
1.2. Localização, sinalética e equipamentos.....	127
1.3. Funções dos capelães e apoio funcional ao Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.....	128
1.4. Para lá do contexto hospitalar: funções externas e formação.....	130
1.5. Dinâmica do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.....	131
1.5.1. Aspectos estruturais.....	131
1.5.2. Aspectos instrumentais: Métodos de recolha de informação.....	132
1.6. A importância da dimensão espiritual em saúde.....	133
1.7. Práticas do diálogo intra e inter-religioso.....	143
1.8. Práticas interdisciplinares: articulações e contributos do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa no hospital.....	144
1.9. Desejos de um Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa ideal.....	146
2. Acompanhamento ao utente do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.....	148
2.1. Desenho de uma tipologia.....	148
2.1.1. Caracterização do trabalho realizado pelo serviço: o posicionamento.....	148
2.1.2. Caracterização do trabalho realizado pelo serviço: o envolvimento.....	152
2.1.3. Caracterização do trabalho realizado pelo serviço: a tipologia proposta.....	153
2.2. Do paradigma à realidade: (re)construção da assistência espiritual no hospital.....	155
3. O enquadramento legal: efeitos e influência.....	165
3.1. Efeitos práticos da legislação encontrados nas respostas ao questionário.....	165
3.2. Influência da legislação nas dinâmicas da assistência espiritual.....	168

Capítulo VII | No Hospital: Olhares e perspectivas da assistência

1. A assistência espiritual: contornos de um conceito volátil no quotidiano hospitalar.....	174
2. Diplomacia com o desconhecido: os prestadores de cuidados, expectativas e desencantos.....	184
Conclusão.....	191
O sentido de uma sociologia da espiritualidade.....	191
O sentido prático deste longo caminho.....	194
Bibliografia.....	201
Anexos.....	215
Anexo A – Guião das entrevistas aos capelães.....	216
Anexo B – Guião das entrevistas aos profissionais de saúde.....	218
Anexo C – Sinopses das entrevistas.....	220
Anexo D – Questionário.....	237
Anexo E – Instrumentos de diagnóstico espiritual.....	242

Anexo F – Outputs do Nvivo	250
Anexo G – Resultados da correlação entre as palavras presentes nas entrevistas	266
Anexo H – Resultados da correlação entre a semelhança de codificação.....	267
Curriculum Vitae	269

Índice de Quadros

Quadro 1 – Identificação das entrevistas	113
Quadro 2 – Níveis de análise e unidades temáticas encontradas durante a análise de conteúdo	119
Quadro 3 – 10 Palavras mais frequentes e respectivo valor percentual ponderado à totalidade dos conjuntos dos profissionais de saúde e dos capelães	122
Quadro 4 – 10 Palavras mais frequentes e respectivo valor percentual ponderado à totalidade das respostas ao conceito de espiritualidade e multidisciplinaridade	123
Quadro 3 – Tipologia dos Serviços de Assistência Espiritual e Religiosa.....	154

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Percentagem ponderada da palavra “Pessoa” obtida nas entrevistas aos capelães comparada com o valor percentual ponderado obtido no conjunto dessas entrevistas.	122
Gráfico 2 - Percentagem ponderada da palavra “Pessoa” obtida nas entrevistas aos profissionais de saúde comparada com o valor percentual ponderado obtido no conjunto dessas entrevistas.....	123
Gráfico 3 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 1ª Afirmação	134
Gráfico 4 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 2ª Afirmação	135
Gráfico 5 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 3ª Afirmação	135
Gráfico 6 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 4ª Afirmação	136
Gráfico 7 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 5ª Afirmação	136
Gráfico 8 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 6ª Afirmação	137
Gráfico 9 – Resultados percentuais das classificações	

de acordo com a escala de likert – 7ª Afirmação	137
Gráfico 10 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 8ª Afirmação	138
Gráfico 11 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 9ª Afirmação	139
Gráfico 12 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 10ª Afirmação	139
Gráfico 13 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 11ª Afirmação	140
Gráfico 14 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 12ª Afirmação	141
Gráfico 15 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 13ª Afirmação	141
Gráfico 16 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 14ª Afirmação	142
Gráfico 17 – Resultados percentuais das classificações	
de acordo com a escala de likert – 15ª Afirmação	142

INTRODUÇÃO

«Quem tenha, como eu tenho, a experiência vivida de acompanhar pessoas que sabem que o seu tempo de vida corporal se está a esgotar, não tem dúvidas em afirmar que o corpo e os seus males, deixam de ser a preocupação principal e que tudo o que desejam é exercer a actividade do espírito, alimentada pelos afectos mais puros».

Daniel Serrão¹

A forma como morremos dita, de certa maneira, o modo como vivemos e como realizamos os nossos objectivos (Elias, 2001). Na morte espera-nos o desconhecido, mesmo que seja a curiosidade temerosa do fim, sentimento que vamos disfarçando com uma constante procura do bem-estar. Esta procura, por seu turno, disfarça as fragilidades e as contingências do ser humano, adiando por vezes a dedicação às actividades do espírito, àquelas a que se referia Serrão (2006). O mundo actual transfere estas preocupações, que outrora rolavam no campo religioso-colectivo, para o campo da espiritualidade individual.

O debate actual da sociologia no âmbito dos designados fenómenos da espiritualidade centra-se em saber se o fenómeno religioso ainda é central para o homem actual ou, por outro lado, se é cada vez mais complementado por novas sacralizações ou transformações da maneira de ver o mundo. Dentro do que se pode eventualmente intitular sociologia da espiritualidade, há alguma investigação que tem vindo a ser desenvolvida nos mais diversos contextos. São indiscutíveis os contributos de Berger (1969, 1974, 1990, 1997, 2004) quer no âmbito da sociologia da religião quer no âmbito de conceitos que motivam o estudo da espiritualidade enquanto fenómeno social. Este contributo origina investigações de terreno, consideradas como relevantes, como é o caso do Kendal Project (Heelas e Woodhead, 2005) ou a linha de investigação associada às questões da “religião em movimento” originada pelas migrações (nos países mediterrânicos estas linhas de investigação são motivadas por sociólogos como Vilaça, 2010 ou Pace, 2010), ou a discussão sobre os conceitos de secularização (entre outros, Fernandes, 2001, Hervieu-Léger, 2001 ou Martin, 1990).

¹ Serrão, 2006: 39.

A partir do fenómeno religioso, já muito estudado e alvo de uma especialização no campo do saber das ciências sociais, reflectimos sobre a espiritualidade como uma manifestação actual do ser, a partir do indivíduo e da sua procura de sentido. Para isso, procurámos autores que exploram a espiritualidade e o seu significado sociológico no contexto das sociedades actuais, conforme fizemos referência no parágrafo anterior. Propomos, portanto, um descolamento da espiritualidade do âmbito da religiosidade, ainda que dele possa emergir.

Tendencialmente os indivíduos frequentam cada vez menos as igrejas (Fernandes, 2001). Esta tendência contrasta com a emergência da procura de explicações que respondam ao sentido da vida, da existência, da vulnerabilidade que a finitude nos coloca, e também da transcendência (Fuller, 2006; Prat, 2007; Savater, 2007; Frankl, 2011). A eterna procura do homem pelo sentido da sua existência pode transformar a espiritualidade num domínio válido para novos paradigmas (Barnum, 1998). A migração deste conceito do âmbito do religioso para o âmbito secular levou a um alargamento do significado da espiritualidade como uma necessidade humana, que se torna mais difusa por estar longe das estruturas religiosas (Swinton, 2001). A religião aparentemente unânime de outros tempos contrasta com a pluralidade de sentidos e opções pessoais, conforme daremos conta ao longo da parte teórica desta investigação.

Esta tese não pretende defender nenhum posicionamento face ao religioso ou ao espiritual, ou classificar qualquer das propostas que existem como a única habilitada a apoiar a análise do objecto desta pesquisa, ou seja, a prestação da assistência espiritual. Não surge também com a ambição de avaliar a eficácia do contributo dos cuidados espirituais no âmbito dos cuidados de saúde, na medida em que existem muitos estudos que procedem a esta avaliação (como sejam ou estudos de Boutell & Bozett, 1987; ou mais recentemente Puchalski, 2001; ou os estudos portugueses de Pinto & Ribeiro, 2007; ou Gonçalves, 2008). Apesar de ser uma proposta de abordagem sociológica à espiritualidade, a construção teórica faz-se povoar de diversos âmbitos da sociologia, da filosofia, das ciências da saúde, da psicologia e até da história, defendendo para o tema em questão alguma maleabilidade científica, susceptível de ser discutida, que o objecto de pesquisa disponibiliza.

A ideia para desenvolver uma investigação sobre este tema surge quando, no desempenho das minhas actividades profissionais, fui convidada a participar nas reuniões dos capelães hospitalares. Nessa altura, apercebi-me de vários aspectos que careciam de uma reflexão mais aprofundada, com recurso a instrumentos analíticos e de reflexão para os quais a sociologia poderia estar dotada. Estes aspectos referiam-se ao facto de, nessa altura, estar no prelo aquilo que daria lugar, três anos depois, à legislação nacional sobre a assistência espiritual e religiosa nos hospitais. Esta legislação resolvia o vazio deixado pelo facto de ainda não estar em vigor a nova concordata entre o Estado Português e o Estado do Vaticano. Por outro lado, os capelães faziam o seu trabalho, segundo eles, “conforme podiam”, actuando sem plano de actividades ou orçamento, contando com a boa vontade das administrações hospitalares, caso a relação fosse aceitável. Uma vez que já tinha iniciado a pesquisa bibliográfica sobre a espiritualidade e estava motivada para pensar a espiritualidade no contexto da saúde, fiquei sensível às questões partilhadas e acreditei que a análise sociológica poderia aqui dar um contributo científico de caracterização, explicação e interpretação das relações sociais que se estabelecem entre os capelães e os restantes actores sociais no contexto hospitalar.

A espiritualidade é um conceito que alberga temas tão diversos que nenhuma definição disponível sobre o tema conseguiu ainda capturar verdadeiramente o seu significado. Olhar para a espiritualidade sem ultrapassar a religião institucionalizada pode colocar a perder muitos aspectos significativos para os indivíduos que não cabem em nenhum aspecto religioso. Para se entender a espiritualidade como um benefício terapêutico, por exemplo, será necessário estar confortável com a incerteza e os nossos entendimentos deverão acomodar novas perspectivas e novas leituras sobre a realidade social (Swinton, 2001). Fundamentalmente, trata-se de entender a espiritualidade como uma experiência humana, mas, ao contrário da religião, sem fazer incidir a espiritualidade num focus primário, numa força ou num ser transcendental: se para alguns a espiritualidade pode ser a relação com um Deus, para outros será, por exemplo, a relação com os outros.

Estes aspectos provocam a constituição de uma proposta epistemológica que fundamente o olhar sociológico da espiritualidade. O facto de a espiritualidade ser difusa não quer dizer que o seu conceito não seja utilizável. No entanto, para se entender esta dimensão, deveremos deslocar-nos da tentação positivista de certezas

absolutas, definições precisas e categorias universalmente aplicáveis. Entramos sim em aspectos da experiência humana que transcendem a categorização final.

Ora, esta proposta epistemológica delineou-se a partir da pesquisa documental, que constituiu ela mesma todo um processo de investigação, de recolha de elementos teóricos, de base escrita, estabelecendo o “estado da arte” das reflexões actuais sobre o homem, a sua identidade e procura de sentido na sua existência, a sua relação com o sagrado que, na abordagem actual, inclui a espiritualidade como um aspecto central. Num primeiro momento foi feita a selecção e recolha do material existente, partindo da base que constituiu o referencial bibliográfico, seguindo-se o tratamento e a interpretação dos elementos seleccionados. Constatámos a existência de uma larga produção teórico-científica, fundamentalmente nos países com tradição anglo-saxónica, onde convivem cenários de secularismo acentuado, a par do conservadorismo religioso ou da escolha de alternativas consideradas *new age*. Nos países europeus, para além dos cenários identificados encontramos também um certo revivalismo religioso devido em parte ao multiculturalismo associado aos fenómenos migratórios. Esta constatação foi também concretizada com a participação nos congressos internacionais de sociologia da religião que se proporcionaram no período desta investigação.

Assim, a abordagem teórica da primeira parte levantará, no primeiro capítulo, os aspectos relacionados com o desalojamento religioso e eventual existência em tensão de diferentes formas de manifestação da relação entre o indivíduo e o transcendente. Colocam-se sob reflexão os conceitos de secularização, secularismo e o conceito de espiritualidade, questionando este último sobre a possibilidade de se constituir como uma nova forma de ser religioso. O segundo capítulo coloca à luz o indivíduo e as edificações da sua existência no que respeitam à construção da sua identidade, à atribuição de sentido, quer nos contextos do quotidiano, quer sobre a visão e relação com os aspectos relacionados com a morte e a ideia de eternidade e, depois, uma inevitável reflexão sobre a religião, o sagrado e o profano. Por fim, reflectiremos sobre o corpo como santuário e a existência tutelada quando o indivíduo recorre ao hospital e no contexto da atribuição de sentidos, evidenciaremos o contraste entre a procura da cura e a procura da salvação que o indivíduo protagoniza quando recorre ao hospital.

Apresenta-se de seguida a segunda parte do trabalho que começa por tentar desenhar as ideias orientadoras que actualmente sustentam a assistência espiritual no contexto hospitalar. Depois, ainda nesta segunda parte, a partir dos textos legais, tentamos desenhar um percurso que nos trouxe aos intitulados serviços de assistência espiritual e religiosa que existem hoje nos hospitais em Portugal.

A terceira parte deste trabalho foi igualmente desafiante: por um lado a opção por um estudo quantitativo poderia não conseguir cobrir todas as circunstâncias que rodeiam o objecto em estudo. Os estudos quantitativos ajudam a revelar tendências e características que podem ser assumidas por um determinado número de pessoas, mas existem detalhes que ficam de fora, que não são captados pelo instrumento aplicado. Por outro lado, a etapa da pesquisa que recorre a métodos qualitativos, apesar de abrir novas perspectivas a partir do contacto directo entre o investigador e o objecto, também proporciona desvantagens que devem ser acauteladas, nomeadamente aos aspectos que se colocam ao nível da própria subjectividade do investigador.

Ora, perante um objecto de análise tão preso a subjectividades e reflexividades contrastantes, esteve sempre presente o como garantir a realização simultânea da fiabilidade, ou seja, de tornar a descoberta o mais independente possível das circunstâncias acidentais da pesquisa, e da validação, ou seja, da sua correcta interpretação. Assim, a estratégia de pesquisa tentou combinar métodos quantitativos e métodos qualitativos, desejando encontrar, nuns e noutros, instrumentos contributivos para a interpretação do problema em causa. Consideramos que a utilização de uma análise mista nos forneceu uma cobertura empírica que consegue incluir, não só os domínios de investigação *per si*, mas também das suas múltiplas interpenetrações (Layder, 1998).

Deste modo, a partir da perspectiva sociológica da espiritualidade, esta investigação procurou conhecer a situação actual da assistência espiritual e o seu papel no contexto da saúde em Portugal. Poderá, no final, constituir um contributo para uma melhor compreensão sociológica, quer do âmbito da prestação de cuidados de saúde, quer do âmbito da assistência espiritual neste contexto.

Assim, o capítulo V procede à descrição metodológica utilizada nesta investigação: partindo do questionamento que emerge das duas primeiras partes, apresenta-se a explicação dos objectivos, o questionário, o contexto das entrevistas e da análise de conteúdo que se lhe seguiu.

O capítulo VI revela um retrato dos serviços de assistência espiritual e religiosa, obtido a partir dos resultados do questionário administrado aos capelães hospitalares. São os esboços para a caracterização do trabalho destes serviços, de acordo com o seu posicionamento e as formas de envolvimento dos seus actores, reconstruindo-se o contexto da produção da assistência hospitalar a partir da análise de conteúdo aos discursos dos diferentes actores. Finaliza-se este capítulo com a descrição dos efeitos e análise da influência da legislação detectada nas entrevistas.

O capítulo VII, por seu turno, termina o rumo interpretativo e de resposta à hipótese que motiva toda esta investigação. A partir das unidades de discurso seleccionadas, subsequente à análise efectuada às entrevistas, esperamos entender qual a abrangência da espiritualidade enquanto dimensão do homem e o modo como a dinâmica que sustém os serviços de assistência espiritual nos hospitais compõe a sua relação com o universo hospitalar em que cada um se insere.

Na conclusão sistematizaremos todas as descobertas alcançadas e de novas pistas de investigação do objecto, seja no âmbito sociológico, seja noutros domínios. Principalmente, esperamos que o resultado final contribua em larga medida para uma reflexão mais rigorosa e cuidada dos aspectos práticos que povoam o panorama da assistência espiritual nos hospitais portugueses.

PARTE 1

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS:

PARA UMA SOCIOLOGIA DA ESPIRITUALIDADE

CAPÍTULO I

DO DESALOJAMENTO RELIGIOSO E DA EXISTÊNCIA EM TENSÃO

Introdução

O período de crise económica que estamos a viver evidencia, mais ainda, as desigualdades sociais que abalam profundamente o poder da economia baseada, essencialmente, no capitalismo. Anteriormente, a opressão que foi mantida sobre os povos a leste do Muro de Berlim tinha também desmontado o poder do proletariado desenhado pela filosofia marxista. A própria ciência é constantemente colocada em causa, deitando por terra, nas falhas que apresenta, qualquer poder que tenha adquirido na era iluminista. A crise destes três poderes provoca o questionamento da toda a nossa contemporaneidade e coloca a descoberto o que vários autores intitulam de claro desencantamento do mundo (Weber, 1989; Fernandes, 2001; Pierucci, 2003).

No caso particular europeu surgiu, nas últimas décadas, uma evidente diferenciação na esfera da organização da sociedade, fundamentalmente com a decadência ou declínio da religião², pelo menos como um elemento matriz de organização social, e juntamente com o que se pode chamar de privatização da religião, transformou a análise dos espaços públicos de profissão de fé em análise dos espaços plurais e diversos do fenómeno religioso. Por tudo isto, a Europa vive um período de secularização, pelo menos no sentido teórico. Todavia a contemporaneidade pode nem sempre acarretar este declínio da religião. Fenómenos sintonizados, como as migrações, em conjunto com o pluralismo ou a autonomia do indivíduo, herança da modernidade, demonstram ou constituem a razão pela qual se apresenta difícil, a cada um de nós, desalojarmo-nos do religioso (Elíade, 1956). A análise deste fenómeno passa então a ser feita pela qualidade que apresenta e não pela quantidade de fiéis. A situação actual de pluralismo religioso, ou talvez mais precisamente da diversidade religiosa, ou da existência de uma sociedade multirreligiosa, caracteriza-se por ser pós-católica, na generalidade dos países europeus, com as naturais particularidades culturais dos países do sul da Europa, por coexistirem religiões de substituição, ao que se junta um clima de dúvida, cepticismo e um forte

² Esta ideia de decadência ou declive da religião é aqui colocada de uma forma generalista, meramente introdutória, sem pretensão de postular uma evidência.

revivalismo recorrente do referido fenómeno migratório. Em última análise, a religião implicará que a realidade forneça algum sentido em termos humanos: muitas pessoas que têm fé, e mesmo muitos que não crêem, não têm sequer necessidade de reflectir sobre isso, outras por seu turno, questionam sistematicamente o sentido do seu posicionamento religioso ou ausência dele, porque para elas «*a vida sem questionamento não tem grande valor*» (Judt, 2010: 172). Na contemporaneidade incidimos numa problematização das crenças pelo elevado grau de pluralismo que é criado pelo ambiente social dos indivíduos dos nossos dias: quer seja uma pluralidade de crenças, quer o indivíduo seja compelido a fazer escolhas, não consegue evitar um elevado grau de reflexividade e isso provoca grandes consequências na vida humana (Berger, 2004).

A introdução de outras maneiras de agir e de pensar motivadas por fontes que transcendem as relações sociais locais, ou motivadas pela mobilidade dos indivíduos, evidenciam novas necessidades e novas respostas. A sociedade pós-tradicional (Giddens, 1994) revela uma globalização da cultura à medida que se diluem as certezas transmitidas pela tradição. A influência da globalização na vida dos indivíduos ocorre necessariamente no seu passado cultural local (Spybey, 1996). Esta interpenetração dos aspectos globais na organização local (Robertson, 1992) evidencia o acesso não só à religião escriptural, mas também o acesso a outras formas de se relacionar com o transcendente.

Como nos refere Mouzelis (2011), existem dois aspectos que não podem ser descurados quando tratamos deste tema. São eles a existência de uma diferenciação secular “top-down” e a individualização e influência da religião “bottom-up”. Quanto ao primeiro aspecto, entende-se que na pré-modernidade a diferenciação secular acontecia nas classes sociais do topo. Na base, essa diferenciação não existia. Ao passo que na modernidade muda-se do topo para a base. Há mais autonomia e quando isto acontece, verifica-se que houve uma retracção no controlo das diferentes esferas sociais, por parte da igreja instituída. Na prática, este aspecto observa-se em fenómenos como ausência ou frequência reduzida nas práticas religiosas, uma vez que a secularização já não é uma característica só de filósofos e estudiosos que pertenciam às classes sociais de topo, também a encontramos difundida nas classes sociais mais baixas. Na realidade, na opinião de Mouzelis (2010), este fenómeno deixou de ser a excepção para passar a ser a

regra, o que de certa forma evidencia uma possível incompatibilidade entre a religião e a modernidade.

No que ainda diz respeito ao segundo aspecto, ou seja, a individualização e influência da religião “bottom-up”, observamos que a produção de sentido passa a ser da responsabilidade de cada um. O indivíduo constrói o seu próprio contexto e elege os aspectos que, para ele, têm elevado significado. Estes contextos individuais traduzem-se naquilo que podemos classificar como um individualismo expressivo, no qual se verifica uma mudança das experiências colectivas para as experiências cognitivas do divino. O indivíduo procura Deus por si mesmo e não pelas formas institucionalizadas. O individualismo expressivo começou com muita força no período da contracultura (New Age) e expressa-se actualmente a partir de novos movimentos religiosos. Os contextos individuais revelam também a existência de um individualismo espiritual, que se traduz na procura constante do indivíduo e exploração persistente do transcendente, levando à criação de um Deus personalizado.

A confluência destes argumentos leva-nos então a reflectir sobre o desalojamento do religioso do quotidiano colectivo, percorrendo o conjunto de teses que oferecem uma leitura deste fenómeno social, bem como de uma provável existência em tensão entre a espiritualidade individual, como experiência do sagrado, e a vivência colectiva da religião e suas práticas. É pertinente, neste contexto ressaltar duas questões, não por estarem na centralidade do nosso objecto, mas fundamentalmente por poderem surgir como controversas na memória do leitor: a primeira questão prende-se com a relação entre a espiritualidade e a irreligiosidade. O indivíduo espiritual não tem necessariamente que ser religioso (considerando este estado no contexto de uma religião instituída ou na vivência em comunidade de um conjunto regular de práticas e ritos), mas isso não significa também que seja irreligioso, uma vez que, na sua relação com o transcendente, poderá definir um conjunto de comportamentos e atitudes baseados em alguns preceitos e práticas rituais vividas com particular devoção. A segunda questão está ligada à ideia de anticlericalismo. Riegelhaupt (1982), que desenvolveu um estudo etnológico numa comunidade portuguesa, fundamentalmente entre 1960 e 1962, no seu artigo “O significado religioso do anticlericalismo popular”, refere que «*é preciso reconhecer a diferença entre um anticlericalismo que é fundamentalmente “anti-igreja” baseado na posição institucional que esta ocupa num determinado estado, e um*

anti-clericalismo mais lato que é equivalente à “anti-religião”.» (Riegelhaupt, 1982: 1216). Sob este aspecto, os habitantes da aldeia de São Miguel onde decorreu o estudo de Riegelhaupt (1982), mantinham uma forte posição anti-clerical (popular³) face às atitudes e à forma de poder exercido na aldeia pela figura do padre e que *«parecem por em causa a estrutura sacerdotal do catolicismo. O alvo (...) é o padre propriamente dito, e não a instituição da Igreja ou a religião»* (Riegelhaupt, 1982: 1216). Por conseguinte, os habitantes desta aldeia mantinham um conjunto de comportamentos religiosos porque eles enquadram-se no contexto do lugar que a igreja tem na comunidade que é o de se destinar às *«actividades públicas comunitárias. Até os indivíduos que mais assiduamente frequentam a igreja – nomeadamente as mulheres – o fazem não apenas para a sua salvação pessoal, mas também para assegurar a saúde e o sucesso dos outros membros da família.»* (Riegelhaupt, 1982:1226). A referência a estes aspectos é importante porque no aprofundamento do “estado da arte” sobre a espiritualidade nos contextos sociológicos não encontramos o anti-clericalismo (popular ou de elite – Cf. nota de rodapé nº 3) como uma causa directa para a emergência da espiritualidade.

Posto isto, a espiritualidade em análise não é, então, a que emerge de uma cultura eclesial, mas sim uma actividade que emerge de uma cultura cada vez mais caracterizada pelo individualismo. Nos desalojamentos e nas fracturas sociais há novos aspectos que emergem pelo que, quando a base religiosa favorece o individualismo, com frequência observamos a adopção de formas holísticas de espiritualidade (Heelas e Woodhead, 2005).

Nos dois pontos deste capítulo a atenção recai em particular na coexistência do fenómeno de secularização, com as devidas intensidades, e a continuidade da sacralização, fundamentalmente identificada na singularidade da experiência de cada um. É, respectivamente, uma reflexão epistemológica sobre o conceito de pluralismo religioso e uma reflexão sobre o conceito de subjectivação que nos leva a considerar a hipótese de saber se a espiritualidade é um aspecto da diversidade das crenças religiosas ou uma nova forma de ser religioso.

³ Riegelhaupt (1982) distingue entre o anticlericalismo popular e o de elite considerando que o primeiro *«tem por base acontecimentos da vida do dia-a-dia e o significado de religião»*, ao passo que o segundo nasce de *«uma posição ideológica acerca de Igreja e do Estado»* (Riegelhaupt, 1982: 1217).

1. Secularização, secularismo e crise de sentido

Segundo Fernandes (2001), os indivíduos parecem apresentar certa apatia dos valores do espírito, substituindo-os por uma grande vontade individual de sucesso. No entanto, é importante voltar a lembrar a ideia de que não devemos confundir aquilo que no homem constitui qualquer espécie de sentimento religioso, com as diferentes figurações que ele pode assumir (Pareto, 1968). De facto, nem todos os indivíduos vivem a sua espiritualidade de forma consciente, mas quando o indivíduo toma consciência da sua própria espiritualidade poderá ter necessidade de apoio e acompanhamento, por exemplo, perante uma situação de doença que coloque em risco a sua própria existência. A procura da ajuda espiritual acontece muitas vezes quando os indivíduos se vêm confrontados com uma situação de elevado perigo para a sua existência, dentro da noção que possuem acerca da sua finitude, por exemplo, quando enfrentam uma doença em fase terminal, cuja morte é prevista num curto prazo de tempo, ou aqueles que, estando doentes, apesar de não vislumbrarem esta hipótese nesse curto prazo, assumem-na como consequência inevitável. Mas esta necessidade diz respeito a cada indivíduo e recai no quadro específico dos seus valores e crenças. O conhecimento da presença da dimensão espiritual e a resposta às necessidades que dela possam derivar, considerando que elas não se apresentam na totalidade das suas configurações, varia de indivíduo para indivíduo e poderá permitir o seu “diagnóstico” e o consequente acompanhamento, enquadrados numa perspectiva integral ou holística de prestação de cuidados, conforme reflectiremos adiante neste trabalho. Quando o indivíduo é alvo destes cuidados, abriga, de certa forma, a sua existência numa racionalidade formal ou material que se constitui de ciência e técnica. Mas sobre estes aspectos não nos deteremos por ora, uma vez que avançaremos com eles, posteriormente.

Para já é importante recolocar a religião como o fenómeno mais evidente da relação dialéctica entre a perda de sentido e a nova criação de sentido, entre o carisma e a burocracia, entre a erosão de sentido e a sua reconstituição, entre a religião e a secularização, ou ainda, abolindo a configuração social anterior, o indivíduo renasce das cinzas e reconstrói uma nova lógica e um novo sentido. Em si mesma, a religião representa um padrão global de experiências e valores, estruturando-se sistematicamente

com grande pujança de sentido, por isso a religião permanece como um referencial, mesmo numa sociedade com traços seculares muito significativos e acentuados.

Em consequência das dinâmicas migratórias e da mobilidade de pessoas e bens derivadas da globalização, impõe-se a impossibilidade da existência de um monopólio, no que respeita à existência de um sistema único de sentido e valores para uma sociedade completa. De certa forma, este aspecto contraria o postulado que Durkheim equacionou de moral global, determinando que a religião fosse de ordem moral-simbólica de carácter global, a consciência colectiva, sem a qual nenhuma sociedade poderia sobreviver. A adesão dos indivíduos, aparentemente a título pessoal, fá-los pertencer depois à unidade criada pela motivação religiosa: os indivíduos que compõem a colectividade «*sentem-se ligados uns aos outros pelo simples facto de terem uma fé comum.*» (Durkheim, 2002: 47). Estas ligações e traços comuns proporcionam uma identificação com o sistema único de sentido e valores que rodeia o indivíduo e, consequentemente colocam a religião como um referencial de sentido e de ordem moral-simbólica que, em contextos diferentes dos seus, podem ajudar uma sociedade a sobreviver. No entanto, Durkheim (2002) também reconheceu que a religião estaria mais destinada a transformar-se do que a desaparecer. Neste sentido, os indivíduos, a partir do seu nomadismo, contextualizado pelas referidas dinâmicas migratórias e de mobilidade, ao saírem do seu território (*Homeland*), vão procurar significações que remetam para as suas origens. Beyer (2007) sustenta assim o conceito de *Heartland*, “lugar do coração”. Este conceito é contrastante com o conceito de *Homeless Minds*, “Mentes sem-abrigo”, criado por Berger, et al (1974) no contexto dos anos 60-70, nos Estados Unidos da América. As “mentes sem-abrigo” têm como pressuposto a existência de uma crise de plausibilidade da religião e do abalo profundo da sua função tradicional, que é a de fornecer certeza perante todas as exigências da condição humana. Por outro lado, o “lugar do coração” é um lugar que promove segurança, é um lugar de construção de significados e surge em contraponto ao conceito de diáspora como resultado dos fenómenos de dispersão e de fragmentação. O conceito “*Homeless Minds*” remete para o indivíduo que se volta para o seu lado mais subjectivo, ou seja, na sua forma mais radical o homem é deixado sozinho, isto é, sem contexto institucional ou comunitário.

No entanto, a vida sem referências não subsiste por muito tempo, pelo que o homem irá procurar instituições que Berger (1969) classifica de secundárias. Estas podem ir desde a psicanálise à religião mística. As vidas pessoais abrem-se, assim, de forma mais ou menos religiosa, mais ou menos espiritual, em cinco direcções diversas:

- viragem interna, a vida de acordo com o emergente;
- viragem relacional, que inclui toda a teia relacional, familiar ou social e que é responsável pela ligação entre o indivíduo e os valores, a honra ou a lealdade;
- viragem humanitária, que concentra os aspectos mais formais ou até legislativos das relações e que tem como característica a valorização da liberdade ou da igualdade;
- viragem ecológica, que reflecte essencialmente toda a relação com a natureza e o mundo;
- viragem cósmica, que incorpora todos os aspectos que estão relacionados com o transcendente ou mesmo uma forte interligação entre todas as formas de existência, aliás muito presentes na actual filosofia ou teologia.

Já o conceito “*heartland*”, apesar de não se concentrar na religião no seu estado ancestral, encontra uma religião interpretativa da realidade e valoriza uma viragem para um novo sentido de comunidade que, em vez de pré-existir ao indivíduo, é criada por ele com outros, de acordo com as novas circunstâncias em que este se encontra.

Os nossos dias facilmente conduzem à secularização, fundamentalmente se a entendermos, por um lado, como uma perda de influência das instituições religiosas na sociedade e, por outro lado, como uma perda de credibilidade nas interpretações religiosas. A pessoa contemporânea acredita que pode orientar toda a sua vida pessoal e a sua existência prescindindo da religião ou atribuir a sua própria interpretação aos acontecimentos e, se necessário, cria um Deus personalizado, constituído por um individualismo espiritual. Esse direito interpretativo tem, para cada um, maior credibilidade. Concentremo-nos então nas diferentes abordagens a este conceito, para que possamos centrar a nossa atenção no tipo conceptual de secularização e secularismo que queremos presente nesta tese.

Hefner (1998) questiona a possibilidade de dizermos que a era moderna acarreta consigo o fenómeno de secularização, ou qualquer outro cruzamento cultural que desemboque numa alteração do panorama religioso. Com o colapso das teorias da

modernização cresce o cepticismo de podermos generalizar este tipo de “profecias”. Ao revisitar o conceito de secularização, Hefner (1998) revela a herança durkheimiana de uma imagem de modernização da sociedade com progressiva diferenciação e especialização das estruturas sociais, ou seja, todo o processo de diferenciação estrutural e funcional leva a que as sociedades procedam a ajustes e que, de certa forma, pluralizem a forma de viver no seu quotidiano o significado que atribuem aos seus dias e todas as experiências neles contidas. No entanto, este processo de diferenciação não passa de uma disfunção temporária, consequência directa do fenómeno de modernização, já que na perspectiva durkheimiana nenhuma sociedade sobrevive sem uma consciência moral colectiva.

Também outros autores se situam nesta *tese de diferenciação*. É o caso de Wilson (1985) que define o processo de secularização como sendo uma diminuição do significado social da religião: os indivíduos recorrem à religião por razões pessoais e mantêm a sua existência numa esfera privada. Este uso do religioso conduz, por sua vez, ao fenómeno de re-sacralização.

Uma outra perspectiva diz respeito à *tese do desaparecimento* do fenómeno religioso, onde aparecem como protagonistas a própria ciência, a tecnologia ou o capitalismo como responsáveis por uma despersonalização ou mesmo o desencantamento do mundo. Esta é uma perspectiva de tradição weberiana baseada nos processos de racionalização que encontramos em Shils (1960), Geertz (1973), Bellah (1975), Bell (1977), Hammond (1980), Jameson (1991), Pierucci (2003), Hammond (1985). Os referidos autores apresentam esta tese num formato linear: verifica-se a mudança da condição do sagrado para a condição secular, mudança esta manifesta numa situação de recessão do que é sagrado, contrariando de certa forma o facto de o sagrado e o transcendente serem uma constante universal.

Outra perspectiva, inspirada no pensamento iluminista, advoga o desaparecimento da religião pelo poder da razão (Bell, 1977). Esta discussão decorre da filosofia aristotélica, na qual o homem acaba por protagonizar um nível de consciência que lhe permitirá ver a realidade de uma forma mais clara. Para este autor, a secularização não se apresenta mais do que uma planificação racional e a religião, que outrora representava um dos mais importantes fenómenos de socialização, hoje é um de entre

vários destes fenómenos. Uma última linha de pensamento é a defendida por Jameson (1991) e que se equaciona de uma forma muito simples: a religião já morreu. E os “culpados” também são identificados: por um lado o capitalismo, por outro a idade moderna, período no qual, com o fim do sagrado e do espiritual, o mais profundo aspecto materialista de todas as coisas surge convulsivamente à luz do dia, tornando-se a própria cultura uma daquelas dimensões cujo materialismo se torna para nós, não apenas uma evidência, mas algo a que não podemos escapar (Jameson, 1991).

A tradição de vacilar entre estas duas perspectivas é estremecida por teóricos que afirmam o potencial da espiritualidade mesmo numa era pós-moderna (Berger, 1992; Cox, 1990), em que a religião perde alguns dos seus atributos (como o modelo clássico de salvação) e permanece numa versão mais leve – *tese da des-intensificação*. Outros teóricos que classificam de prematura a morte ou o desaparecimento da religião (Casanova, 1994; Juergensmeyer, 1993; Martin, 1990; van der Veer, 1994) defendem que a secularização acontece em circunstâncias muito particulares e que, dependendo do contexto, a vitalidade é de tal ordem que o fenómeno religioso cresce – *tese da coexistência*. Martin (1990), por exemplo, defende que as circunstâncias são de facto importantes e que o fenómeno não deverá ser observado de uma forma linear. Para este autor, o pluralismo afecta o *como* das crenças religiosas e não necessariamente o *quê*, ou seja, as pessoas continuam a ser religiosas mas são-no de outra maneira. Refere-se, entre outros, ao caso Europeu, para ilustrar esta perspectiva, dizendo-nos que a religião manteve-se associada a elites e estados, cabendo na perfeição aos seus propósitos e servindo, inclusive, de veículo para a mudança social. Apesar dos contributos destas teorias, Hefner (1998) refere que nenhuma destas teorias serviu para fornecer algum consenso à natureza da moderna mudança religiosa e que, intrigantemente, a análise do fenómeno da secularização passou de uma abordagem sóbria para uma abordagem hostil. Acrescenta ainda, em síntese, que como resultado da diferenciação das estruturas e funções da sociedade, ou mesmo outros processos radicais de pluralização da vida quotidiana, o espaço das instituições religiosas torna-se progressivamente mais estreito, ao ponto da religião se tornar cada vez mais uma questão de crença pessoal, em vez de uma consciência colectiva pública. Por vezes este argumento surge ainda ligado a uma outra tese: a de que a procura moderna de salvação recuou ao *reino* da expressão

peçoal, e esta procura expressiva de realização, em vez de ser intitulada de espiritualidade, torna-se a religião dos nossos dias⁴.

Assim, o secularismo, ou seja, o fenómeno de dissolução ou de redução da religião à ordem temporal, nega, na sua medida conceptual, a existência humana em autonomia e revestida de dimensão religiosa, ou seja, separa claramente um de outro, uma vez que o religioso é dissolvido no social, ao abrigo de todas as referências à transcendência. Basta-lhe a temporalidade e funciona como um fenómeno de dissolução no laicismo ou progressismo. As acções humanas passam a estar à mercê das suas próprias leis, sem referencial divino, sem existência supra-ordinal de valores e de sentido. O secularismo encontra no indiferentismo actual as melhores condições para se desenvolver.

Perante o exposto, será difícil abordar o conceito a partir da vida prática do quotidiano, pelo que ajudar-nos-á pensá-lo no plano teórico, e fundamentalmente, entendê-lo como um factor reconfigurador da procura e atribuição de sentido. Assim, nesta análise consideramos a secularização como o resultado de um processo de ressacralização, assente numa crescente diferenciação dos diversos domínios da realidade. Este processo desenrola-se lentamente no tempo. Em simultâneo, desenvolve-se um estado de individualização do homem relativamente à vida colectiva, esta última de tendência englobante e absorvente, até porque atribui autonomia ao indivíduo e permite-lhe construir e conferir novos significados a tudo o que o rodeia. Segundo Fernandes (2001) «a secularização é a situação criada na modernidade por acção da racionalidade científica e técnica e o ideal de liberdade» (Fernandes, 2001: 2). Estes aspectos tiveram grande impacto nas diferentes dimensões da vida e na relação destes domínios com o religioso. Na realidade, a secularização promove uma outra relação com o divino e não, na nossa perspectiva, o distanciamento do divino. Criam-se fenómenos de luta que desembocam em ruptura e, por sua vez, conduzem à indiferença, que é muito diferente do distanciamento porque o indivíduo não se desvincula do divino, ainda que desenvolva traços e viva alguns dos momentos da sua vida indiferente ao sagrado e ao divino. Estaremos assim secularizados, no sentido normativo, mas longe de o estar no sentido prático dos quotidianos da existência.

⁴ Cf. Hefner (1998), por referência uma ideia de Luckmann (1967).

Neste sentido, e a título de exemplo, referimos o caso do Islamismo na Indonésia que é muito curioso: Hefner (1998) avalia esta realidade a partir do conceito de secularização, pois, sendo este um estado muçulmano, apresenta feições de pluralismo moderno. Hefner evoca as observações feitas por Gellner (1992) que classificava a Indonésia como a grande excepção à secularização, chegando mesmo a afirmar que a Indonésia por si só, entre todas as civilizações, desafia no sentido da prática toda a tese de secularização elaborada no sentido teórico (Hefner, 1998).

Também a presença que a religião tem nos Estados Unidos da América apresenta uma forte vitalidade tanto na consciência como na conduta de vida. Ambos os casos não apresentam indícios de secularização. Mais, a religião aparece fortemente ligada ao poder, por exemplo, associada ao republicanismo, e como nos refere Garcia (2007), na própria Declaração da Independência dos Estados Unidos da América, os chamamentos à divindade têm um papel relevante, sendo igualmente fundamentais em toda a história dos Estados Unidos da América outras invocações ao papel messiânico no mundo moderno (Garcia, 2007). Por fim o caso Português, que desenha todo um revivalismo configurado por novas relações com o divino, como referimos, condicionando fortemente as afirmações de quem caracterize a religião em Portugal, reduzida enquanto fenómeno à secularização.

Será importante neste contexto, e face a um materialismo prático, considerar então o conceito de pluralismo, que se apresenta como um fenómeno moderno e pressupõe a coexistência de distintos sistemas de valor ou de fragmentos desses sistemas de valor numa mesma sociedade. Ao coexistirem, promovem o aparecimento de comunidades de sentido completamente distintas, inter-relacionadas de uma forma ampla e sem regulação⁵. Os sistemas de valores e as reservas de sentido deixaram de ser património comum de todos os membros da sociedade: hoje não existem valores comuns que determinem a acção nas distintas esferas da vida, nem uma realidade única, idêntica para todos, aliás, também outras dimensões da vida colectiva, como a política, por exemplo, se tornam anónimas, incompreensíveis e anómicas. São construções institucionais que deixam de ser plausíveis e deixam de constituir uma referência para os indivíduos.

⁵ Berger e Luckman (1997) apresentam como única excepção o sistema de castas da Índia, onde as diferentes comunidades são limitadas e estritamente reguladas.

Os processos de pluralização dos nossos dias distinguem-se dos seus predecessores, não só pelo enorme alcance, mas também pela sua velocidade. O pluralismo actual conduz à relativização total dos sistemas de valores e esquemas de interpretação e, por conseguinte, enfraquece o posicionamento da religião institucional como referência tradicional de procura de sentido. Um mundo estável e reconhecível orienta a conduta dos indivíduos, as suas expectativas e a construção da sua identidade e não potencia a redefinição diária do sentido da existência. Ora, o que se verifica é o oposto, ou seja, uma mudança contínua, um realinhamento ou reajustamento sistemático às novas circunstâncias que se vão colocando. Perante esta última realidade, Berger e Luckman (1997) consideram que a maioria dos indivíduos apresenta sentimentos de insegurança, ao que se junta a existência de alguma ambivalência.

Assim, um indivíduo habitua-se desde sempre às escolhas e determinações da conduta, ao lidar com os acontecimentos baseado em sentimentos, interpretações do mundo ou valores. O divino tenta revelar-se presente, a partir do nascimento até à fase final da vida, passando por todos os papéis que medeiam estes dois momentos. Modernizar-se significa escolher, inclusive os seus próprios Deuses e o indivíduo, perante tantas possibilidades não pode, também neste campo, abster-se de escolher. Aquilo que se dava como certo outrora, pode hoje ser escolhido e neste sentido as igrejas devem colocar-se no mercado livre. Os indivíduos vão, então, procurando respostas para as suas diferentes necessidades, conforme elas se vão colocando.

Os indivíduos, na sua capacidade inventiva, vão criando novas instituições para a produção e transmissão de sentido: a sociedade moderna tem algumas instituições especializadas para a produção de sentido e estas oferecem um serviço interpretativo num mercado aberto (a psicoterapia, por exemplo). Tem também aquelas que são orientadas para a procura de uma comunidade de sentido, a partir da criação de vínculos de espiritualidade, como é o caso das seitas ou dos cultos. As instituições religiosas deixaram de ser as únicas portadoras de ordens globais de valores e sentido; outras ocupam ou ganham terreno nesse papel: as organizações de defesa dos direitos humanos, de solidariedade ou auxílio na emergência, as organizações dedicadas às causas ecológicas, só para dar alguns exemplos. Numa perspectiva ideal de democracia representativa, os partidos políticos ocupam também um lugar na atribuição de sentido

aos diferentes sectores da vida humana, como seja o da participação; contudo, e como também se tem verificado, este campo está muito longe, actualmente, de oferecer qualquer quadro alternativo de valores. Ainda assim, em muitas áreas pode servir o homem, produzindo sentido e recorrendo a valores.

Apesar de tudo isto, para o indivíduo as instituições religiosas ou as igrejas podem ainda, por vezes, constituir-se como um reservatório de sentido importante, já que lhe permitem a construção de uma ponte de entendimento entre a vida privada e a vida pública, o que, por sua vez, lhe confere estabilidade. A credibilidade das grandes instituições traduz-se numa diminuição da alienação dos indivíduos na sociedade: através delas podem capacitar as suas aptidões para a participação social. Esta ideia, como nos lembra Garcia (2007), sempre foi destacada de uma maneira ou de outra pelos clássicos Saint-Simon, Comte, Durkheim e Parsons, fundamentalmente na necessidade da existência de sentimentos elevados e transcendentais, e de sólidos valores morais capazes de resistir ao pragmatismo e ao utilitarismo associados ao mundo moderno (Garcia, 2007).

As condições estruturais para a propagação de crises de sentido (subjectivas e intersubjectivas) podem encontrar-se nas sociedades ocidentais da actualidade, ainda que se manifestem de maneiras distintas. O pluralismo moderno desestabiliza o estatuto do adquirido, desestabiliza o estatuto conferido aos sistemas de sentido e valores que orientam a acção e sustentam a identidade. As sociedades modernas não experimentam “normalmente” uma proliferação alarmante da crise de sentido. Em estado latente, a crise de sentido fundamenta-se nos diversos factores que neutralizam aquelas consequências do pluralismo moderno.

O sentido da acção e da vida é um elemento constitutivo da espécie humana, bem como a forma como está condicionado por processos e estruturas sociais. Graças às instituições, as sociedades podem conservar os elementos básicos das suas reservas de sentido porque o transmitem ao indivíduo e às comunidades de vida em que este cresce, trabalha e morre: determinam o sentido subjectivo da acção. Quando existe uma elevada diferenciação dos actos dentro das esferas institucionais, revestidos de identidade pessoal, cada qual procura, e por vezes consegue, alcançar autonomia para fixar as suas próprias normas. Neste caso, o quadro normativo de cada indivíduo apresentar-se-á de

forma subordinada às metas da instituição, evitando que cada um tenha de adaptar as suas próprias concepções de valores às exigências da organização, salvaguardando a sua autonomia.

Com o pluralismo moderno já não é possível manter absolutamente incólumes as barreiras de protecção que cercam as reservas de sentido das instituições. Estas reagem fechando-se sobre si próprias, uma estratégia mais comum e usual, ou superando-se a si mesmas. Estas últimas podem consubstanciar-se em atitudes de fundamentalismo para reconquistar a sociedade inteira e restaurar os antigos valores morais, ou em atitudes de relativismo, não reivindicando qualquer intenção de ter valores e reservas de sentido comuns. Nem uma atitude nem a outra se conciliam com a razão prática e a visão relativista do mundo suporta ainda as naturais contradições internas.

Durante muito tempo, a sociedade portuguesa viveu num monolitismo religioso, e nem a Revolução de 25 de Abril veio mudar imediatamente isso, uma vez que não se alterou a concordata ou qualquer outra legislação. O Estado Português não quis certamente repetir a experiência da Primeira República, que foi uma experiência conflituosa, e a Igreja Católica também não quis hostilizar o Estado. Também o facto de a Igreja assumir um papel muito relevante na função de providência que deveria ter sido assumida pelo Estado fez com que sempre houvesse uma dependência muito grande do segundo face à primeira⁶.

Ora, as minorias religiosas quiseram também ver os seus ritos reconhecidos e, para uma situação de igualdade de circunstâncias foi criada a Lei da Liberdade Religiosa. Hoje em dia existe uma maior sensibilidade para a diversidade religiosa, pelo menos é o que se revela a partir da inclusão de uma abordagem ecuménica, de relação inter-religiosa, no discurso da Igreja Católica. Tal como na reforma protestante, o ressurgimento do livre arbítrio e da decisão individual vem reforçar uma tradição que já era do judaísmo e que foi interrompida durante séculos por uma espécie de teocracia e uma ligação estreita entre o estado e a igreja. A secularização de que falávamos anteriormente, seja qual for a sua origem, não se pode dissociar da reforma protestante, do iluminismo, da revolução industrial, do racionalismo, do cientificismo, muito menos se pode dissociar dos novos

⁶ Estes elementos foram obtidos através de uma entrevista exploratória à Professora Helena Vilaça, que levámos a cabo em Julho de 2010.

grupos religiosos que, por via da globalização, se tornam presentes em novos espaços do quotidiano. Conforme se referia, os tempos actuais levam a que cada vez mais o indivíduo se sinta livre para fazer as suas próprias escolhas, e que cada vez mais as instituições religiosas entrem em competição.

O pluralismo, como conceito normativo, remete-nos para a situação ideal na qual a diferença religiosa se encontra em pé de igualdade, mesmo apesar dessas diferenças, ou por causa das diferenças. Mas pode existir uma enorme diversidade religiosa e não haver pluralismo. Esta resposta intelectual, mais estimulante enquanto resposta religiosa em que se tornou o pluralismo, tem, na escola do teólogo britânico John Hick (1989), um proeminente representante. Este teólogo pede que façamos uma “revolução copernicana” dentro das concepções que temos na religião, indicando que devemos aceitar que as nossas tradições não são o centro de tudo aquilo que a realidade comporta. Devemos, isso sim, observar o centro como sendo a realidade em si mesma, sem a tradição singular de uma determinada cultura, mas antes uma realidade rodeada por diferentes constructos de tradição. Cada um destes constructos providencia uma visão muito própria do centro, isto é, da realidade em si mesma. No entanto, por mais apelativa que seja esta “revolução copernicana”, o conteúdo que comporta é tão relativizado que chega a um ponto e deixa de comportar qualquer significado.

Existem então três abordagens teológicas, a partir desta “hora de ponta dos Deuses”⁷ que se vive a partir da diversidade religiosa. Uma é a referida abordagem pluralista, que vai para além da renúncia às equações absolutas que, por exemplo, o cristianismo constitui; outra é uma abordagem exclusivista que advoga essas equações do cristianismo e vive só delas; por fim, a surpreendente abordagem inclusivista que se posiciona entre a singularidade do cristianismo e a história que advém de outras tradições⁸.

Reflecte-se assim na religião a existência de uma racionalização dos valores, uma mundanização dos valores religiosos. É uma racionalização funcional, uma maneira de descrever as acções do quotidiano, dos numerosos processos da vida social. Uma racionalização associada a uma atitude de cálculo, classificação e manipulação da

⁷ Expressão da autora.

⁸ Cf. Berger (2004).

realidade, associada aos aspectos primários da vida em sociedade. As organizações religiosas têm as suas raízes em tradições particulares, com narrativas próprias, simbologia e doutrinas usadas pelos seus fiéis na interpretação que fazem do mundo que os rodeia. É uma forma de ver o mundo, com uma epistemologia e hermenêutica específica, à qual os indivíduos recorrem em ordem à compreensão e interpretação, com sentido, das vidas e experiências de cada um (Swinton, 2001).

Os crentes cumprem os rituais que consideram mais importantes e acreditam em Deus mas não acreditam em valores como a existência de vida depois da morte⁹: é mais fácil acreditar em Deus, na transcendência, na importância que tem na vida quotidiana, na importância de dar uma educação religiosa às crianças. Aliás, «*sob uma aparente unidade, que se enraíza no catolicismo, a sociedade portuguesa manifesta-se religiosamente plural: não no sentido da existência de uma pluralidade de confissões, mas no da vivência do sagrado, em geral, e a do catolicismo, em particular, se experimentarem de múltiplas e diversas maneiras.*» (Pais, 2001: 203).

Assim, o sentido que as pessoas precisam de dar à vida, começa pelo lado de cá, e talvez possa continuar no lado de lá. Mas é mais evidente a necessidade do transcendente e do sentido no lado de cá. Conforme referia Durkheim «*a verdadeira função da religião não é fazer-nos pensar, enriquecer o nosso conhecimento, acrescentar às representações que devemos à ciência outras de origem e carácter diferentes, mas fazer-nos agir, ajudar-nos a viver.*» (Durkheim, 2002: 424). Mas o homem moderno está em contínuo questionamento, em que é que pode acreditar, o que espera fazer, quem é...

Não se pode considerar como julgamentos (e entendam-se estes como condenações) os descontentamentos produzidos pela modernidade. É possível dizer que os alcances da modernidade valem os descontentamentos que produzem. E também é possível que esteja condenado à desilusão o desejo de ter as duas possibilidades: de um lado estará sempre a liberdade pessoal, do outro lado, os espaços de segurança promovidos pela tradição. Esta dicotomia entre o público e o privado é um dos grandes factores de

⁹ Em 1990 86% dos Portugueses acreditavam em Deus, 36,7% acreditavam na vida após a morte de acordo com Fernandes (2003). Esta diferença, de acordo com Fernandes (2003), traduz «o grau de heterodoxia nas modalidades de vivência religiosa» (Fernandes, 2003: 156).

modernização; contudo é na esfera do privado que o indivíduo encontra, muitas vezes a esfera de certeza e satisfação que o público não lhe confere.

2 - Espiritualidade: um aspecto da diversidade das crenças religiosas ou uma nova forma de ser religioso?

Se pudéssemos traçar um perfil de uma era pós-católica, desalojando o indivíduo do seu “lar” tradicional (particularmente no caso português), muito provavelmente poderíamos evocar um perfil com características de erosão da coerência dos sistemas religiosos vigentes, em consequência do pluralismo religioso, com características de uma sociedade de bem-estar, constituindo um vasto conjunto de ofertas, com características de laicidade, a-confessionais, com as organizações religiosas tradicionais extremamente reactivas e com escassa sensibilidade ao contínuo progresso e, ainda, uma vasta sensação de relatividade e de menor relevância face às diferentes questões, sejam elas políticas, económicas ou mesmo religiosas (Fernandes, 2001). Este perfil, assim evocado ou traçado, analisado a partir do exílio (do indivíduo desalojado do “lar” tradicional) caminharia, certamente, orientado para três aspectos: o culto do corpo, o consumismo e o recurso a religiões de substituição, com especial enfoque para as de elevado cariz espiritual individual. No contexto desta análise sociológica, admitimos então considerar a espiritualidade como um fenómeno religioso relativo ao sagrado.

O termo espiritualidade está muito em voga nos dias de hoje, apesar de não ter sido muito considerado até aos meados do Séc. XX. Inclusive este termo não fazia parte das enciclopédias teológicas até aos finais do Séc. XIX, princípios do Séc. XX. O primeiro dicionário de espiritualidade é publicado apenas em 1937 em França, onde, dentro do universo católico francês, o termo começou a ser mais usado. Tornou-se um termo bastante comum e utilizado também junto de protestantes evangélicos. Os ortodoxos preferem utilizar o termo “teologia mística”¹⁰. Os cristãos utilizam o termo espiritualidade para expressar a devoção por Deus, ou por Cristo, sob o formato da obediência a Deus, envolvendo uma entrega total a partir da experiência de uma relação de elevada intensidade por parte do crente em relação ao divino, carregando, no caso

¹⁰ O termo é aqui considerado como a contemplação de Deus em vez da actividade do discurso da razão.

dos cristãos católicos, as nuances filosóficas que se originam a partir de diferentes formas de relação, como sejam a espiritualidade franciscana, dominicana, vicentina, etc. É um termo que, no âmbito teológico, acaba por ter um variadíssimo número de significados.

Um outro aspecto que também devemos ter em conta diz respeito à distinção entre a palavra espírito e a palavra espiritualidade: a palavra espírito deriva do latim *spiritus* e significa “sopro”, “ar”, “alma”, uma analogia à respiração do homem que mantém a sua existência, conferindo-lhe energia¹¹. Já a espiritualidade é a forma específica pela qual os indivíduos e as comunidades respondem às experiências emanadas pelo espírito. Esta distinção permite-nos superar o equívoco da utilização do conceito espiritualidade como uma forma de energia (Dawson, 1997) e de motivação; este será o papel do espírito humano, este é que motiva o indivíduo para a descoberta de Deus, ou do sentido da vida. Neste sentido poderemos tomar a espiritualidade como a expressão visível deste trabalho do espírito humano, tornando-se efectivamente um processo não só pessoal, mas também social e cultural, uma vez que se vai concentrar em ideias, conceitos, atitudes e comportamentos que dizem respeito tanto ao indivíduo, como também à sua vida social e em comunidade.

A espiritualidade situa-se no campo da subjectividade, no sentido em que é uma experiência intensa, por exemplo, de alegria ou de gratidão, mas situa-se também no campo da objectividade já que se foca em algo que existe e permanece externo e superior ao próprio indivíduo. Não é uma experiência do sagrado como parte integrante de um projecto religioso que enquadra as acções do quotidiano, é uma experiência do sagrado como transcendente, da elevação da vida, quer pela intervenção do divino, quer pela inspiração da tradição escrita. O termo espiritualidade é usado para expressar comprometimento com um sentido mais profundo que deve ser procurado entre as coisas do mundo, sentido esse que por vezes se desenquadra do projecto religioso, ao passo que a religião é usada para expressar comprometimento com uma realidade superior que está para além do que este mundo tem para oferecer, mas que regula todo o quotidiano por meios como sejam as escrituras, os dogmas e os ritos. Estes meios são

¹¹ Esta palavra relacionar-se-á também com conceitos de brisa, inspiração e vento, fundamentalmente na sua relação etimológica com o hebraico (Ruach) ou com o Grego (Pneuma). Historicamente, no Livro dos Génesis, Deus «*formou o homem do pó da terra e insuflou-lhe pelas narinas o sopro da vida, e o homem transformou-se num ser vivo*».

factores, ou mais concretamente, são situações específicas externas que relatam essa realidade superior.

Por conseguinte, em todas as tradições religiosas actuais, as implicações sublinhadas neste conceito são as de que existe uma constituição da natureza humana que procura nas relações, como na existência, um grau de propósito. Nas mais diversas perspectivas, o ser humano sempre procurou ou questionou a sua identidade e o auto-conhecimento. Invariavelmente a questão envolve a procura pelo transcendental, envolve a procura do conhecimento pela qual se poderia manifestar aos indivíduos o sentido e a razão de ser da existência.

O contributo do Budismo dá-nos a noção de uma forma de espiritualidade, uma vida espiritual, separada de qualquer religião (Bouyer, 1980). A vida espiritual do budismo consiste por princípio num desinteresse absoluto por qualquer ser, cósmico, humano ou divino, o que pode ser paradoxal, já que, da experiência espiritual não se questionará nem a realidade psicológica nem a sua grandeza¹². Salvador (1988) ao definir espiritualidade como a capacidade de descobrir, interpretar, viver e contemplar a presença e acção divinas em cada um de nós, revela as profundas raízes antropológicas do conceito. Mas qualquer posicionamento conceptual dentro de uma ciência é, na perspectiva do autor, um posicionamento reducionista. Para Salvador, o estudo da espiritualidade do homem deve aproveitar todos os dados produzidos pelas ciências, com recurso a um método científico mas, ao mesmo tempo, deve evitar ser fechada nas perspectivas e nos diferentes métodos analíticos.

Contudo, qualquer itinerário espiritual que se equacione iniciar, segundo Bouyer (1980), é possível somente quando a vida interior não se concentra no isolamento, mas na consciência de uma realidade espiritual que é superior à consciência de cada indivíduo¹³. Bouyer refere que, de facto, encontra inúmeros indivíduos que, sem expressão religiosa, manifestam uma maturidade excepcional no campo da sua “vida interior”, dando como exemplo os poetas ou pintores.

¹² Idem.

¹³ Idem.

Assumir a existência espiritual e articulá-la com a religião, dimensioná-la e posicioná-la como uma área comum, poderá tender a colocar a religião, os tipos de crença, numa espécie de menu, sendo que, cada oferta passa a ser cada vez mais dirigida à individualidade e à subjectividade. Segundo Heelas e Woodhead (2005) podemos considerar que há uma viragem massiva para o lado subjectivo da cultura, favorecendo ou reforçando as formas de espiritualidade que recorrem a subjectividades únicas e as tratam como fontes primárias de significação, minorando todas as formas de religiosidade que não o fazem. A partir desta organização conceptual, que intitulam de subjectivação, obtêm a explicação da coexistência do fenómeno de secularização e de sacralização na paisagem contemporânea do sagrado.

A subjectivação explica os sucessos e os fracassos das diferentes formas actuais de religião e espiritualidade, por referência a um processo que os autores classificam de simples, ou seja, Heelas e Woodhead, no seu estudo, constataram a existência de uma mudança alargada na ênfase dada aos valores adstritos à religião para os valores da espiritualidade (subjectiva e) individual. Esta mudança não obriga a que a subjectivação implique ou encoraje os indivíduos a envolverem-se em formas associadas de religião ou espiritualidade. Contudo, quando isso acontece, é mais provável que se verifique junto de indivíduos que exploram e valorizam o desenvolvimento da espiritualidade individual, do que junto dos indivíduos que dão prioridade aos valores e crenças de uma religião organizada e institucional (congregacional).

Consideremos a espiritualidade como um fenómeno humano socialmente condicionado. Ela funcionará como a “caixa negra” de um avião, contendo os valores, as crenças, as opções ou o sentido da vida, tudo isto numa perspectiva individual. A vertente espiritual na vida do indivíduo suporta o conjunto de convicções pelas quais cada um orienta a sua existência, construindo e valorizando a sua própria história de vida. E quando estas convicções e valores estão orientados a partir de uma fé concreta, consideramos falar do fenómeno religioso, cujas práticas poderão ser analisadas como evidências da existência de uma dimensão espiritual mais ou menos desenvolvida. Heelas e Woodhead (2005) relevam a importância da espiritualidade em relação à religião, pois consideram que a espiritualidade confere mais sentido à vida do indivíduo. Para estes autores, a subjectivação implica uma reviravolta, ou seja, deixa de haver fundamento numa vida vivida a partir do dever dos papéis de cada um, como defendem as religiões. O

fundamento passa a ser encontrado numa vida vivida a partir de uma profunda conexão com a singularidade de cada experiência do divino em relação ao próprio eu. Até para além da religião, podemos verificar hoje em dia um desenvolvimento dos «arranjos sócio-culturais» numa direcção «centrada na pessoa» ou «centrada na subjectividade», disso é exemplo a educação, com o ensino «centrado na criança» ou «centrado no educando», no capitalismo, com a produção «centrada no trabalhador» ou «centrada no consumidor», na saúde «centrada no doente» ou «centrada no utente», no trabalho, «centrado no desenvolvimento pessoal dos empregados»¹⁴.

Complicado será proceder à concretização da finalidade última da espiritualidade, que é, no entender de Salvador (1988), “espiritualizar”. Esta ideia contém a construção do homem mais espiritual na sua atitude frente aos seus valores fundamentais, baseada no princípio de que, quando se toma consciência da função dinâmica e transformadora da espiritualidade, consegue-se atingir uma mudança na trajectória da sua natureza. De qualquer forma, os indivíduos manifestam, actualmente, várias tentativas de se reencontrarem com a sua espiritualidade, desde o recurso ao ocultismo, magia, astrologia, passando pelo interesse na meditação oriental, a na participação em movimentos religiosos comunitários ou até uma sensibilidade diante da dimensão transcendente da experiência. Realizam aquilo que se pode intitular de aproximação eclética a uma espiritualidade pessoal, revelando níveis elevados de misticismo através da constante experimentação (Fuller, 2001). Esta atitude procura satisfazer o desejo pessoal de estabelecer uma relação de sentido com os propósitos mais profundos ou com os poderes que de certa forma o indivíduo considera governarem a sua vida. Ao distinguirmos religião de espiritualidade, temos de considerar esta última fora dos interesses seculares do contexto de igreja, uma vez que as actividades seculares das organizações religiosas vão muitas vezes de encontro às necessidades associadas ao religioso, conferindo-lhes sentido, satisfação interior, identidade e propósito. Daí que não basta que as crenças ou as práticas funcionem como uma religião para as considerarmos espirituais: a espiritualidade consistirá num conjunto de atitudes, ideias, estilos de vida e práticas específicas baseadas na convicção de que o mundo visível é parte de um universo mais espiritual, de cuja relação harmoniosa se recebe o significado e o sentido.

¹⁴ Cf. Heelas e Woodhead (2005)

Heelas e Woodhead, em «The Spiritual Revolution»¹⁵ assumem a distinção entre religião e espiritualidade, não de uma forma individual, restrita aos conceitos *per se*, mas de uma forma contextual, maioritariamente manifesta nas práticas. Sustentam a tese da existência de dois conceitos, um em claro estado de declínio e o outro em ascensão significativa: «life-as» e «subjective-life». No primeiro, enfatiza-se uma fonte transcendente de significado e autoridade, composta pelo sagrado, para a qual os indivíduos convergem, conformando-se à custa do alimentar das suas vidas, que são subjectivas e únicas, nesta fonte transcendente. No segundo, enfatizam-se fontes interiores de significado e autoridade, compostas por formas do sagrado que alimentam e sacralizam as vidas subjectivas e únicas. Por outras palavras, estes investigadores defendem que estão em declínio no mundo ocidental as formas do religioso que dizem aos seus seguidores a maneira como devem viver as suas vidas, em conformidade com princípios externos, negligenciando o cultivo autónomo das suas vidas subjectivas e a preservação do seu carácter único. Em contraste, aumentam as formas de espiritualidade que ajudam os indivíduos a viver de acordo com a mais profunda dimensão das suas vidas, a partir de princípios internos que resultam do seu auto-conhecimento e da sua auto-reflexividade.

Esta tese surge da comparação entre os indivíduos que aderem a práticas religiosas no domínio congregacional e os que preferem um ambiente que Heelas e Woodhead (2005) consideram e classificam de holístico. No domínio congregacional, os indivíduos são guiadas por uma autoridade superior, no sentido de encontrarem um preenchimento, satisfação, ou mesmo sentido, no bem comum. A autoridade é externa, e não interna, tem por finalidade o comum, e não o único. É a sobreposição daquilo que eu devo ser em relação àquilo que sou. A principal crença é a de que Deus sabe o que é melhor para nós, melhor mesmo do que nós próprios, melhor do que aquilo que as nossas subjectividades nos possam transmitir. O *focus* de interesse é a devoção, a reverência e deferência, sendo que todo o ambiente constitui um modelo inspirador de perfeita

¹⁵ Este estudo foi realizado numa comunidade local no Noroeste de Inglaterra e assumiu o nome dessa mesma comunidade: Kendal Project. Tinha como principal objectivo perceber porque é que as formas tradicionais da religião, em particular o cristianismo, estão a dar lugar a formas de espiritualidade holística, ainda intituladas de New Age. Acresce ainda referir que o movimento New Age, ou a espiritualidade New Age, baseia-se numa matriz mística. A sua atracção reside numa percepção da existência humana como parte de uma harmonia cósmica, que é protectora, e na qual todas as tensões e contradições se vêem resolvidas. É uma espécie de visão politeísta da realidade, mas numa perspectiva anterior à idealização, chegada ou convívio com qualquer ser divino.

obediência e auto-sacrifício ao oferecer ao indivíduo as normas para viver, dotadas de um forte moralismo.

Por outro lado, o ambiente holístico ajuda os indivíduos a viverem exteriormente as suas vidas interiores, de acordo com as suas singularidades. Acima de tudo, as actividades em ambiente holístico fornecem aos seus praticantes a oportunidade de crescer. O indivíduo é convidado a avançar para lá das barreiras, ligando-se, de forma mais holística aos aspectos da vida, mais concretamente, aos aspectos espirituais da existência. Assim, a vida pessoal permanece na sua singularidade ou “distintividade” conforme a espiritualidade se propaga nessa vida pessoal.

Ao discutir o futuro das formas manifestas, associativas ou não, em torno do sagrado na Grã-Bretanha, Heelas e Woodhead (2005) consideram que elas dependerão da «reviravolta subjectiva ou massiva da cultura moderna» bem como da forma como as religiões e as espiritualidades se relacionam com esta cultura e apresentam diferentes cenários. Relativamente àqueles que continuarão a procurar sentido no domínio congregacional, ou seja, a valorizar o conceito «life-as»:

- as congregações continuarão a desempenhar um papel de sustentabilidade de alguns papéis sociais, deveres e obrigações, como o papel de bom cidadão ou «vizinho», aos níveis locais, de cidadania, ao nível nacional ou internacional. As igrejas fornecem esse espaço de ajustamento e ao mesmo tempo servem de ancoragem, onde a sociedade pode procurar uma imagem ideal, afirmar valores e reforçar as identidades. Poderá ser o local onde os indivíduos pensam noutros que lhes são distantes, poderá ser um ponto de suporte para a comunidade local, fundamentalmente para as igrejas que têm uma actuação caritativa, por exemplo, visitando idosos ou cuidando os que são marginalizados;
- os indivíduos continuarão a suportar uma visão de família ideal, de divisão sexual dos papéis, como uma visão essencial para o bem-estar;
- a componente organizacional, como igreja, continuará a fornecer um conjunto mais restrito de bens religioso-culturais, através do ensino, da devoção, do exemplo e reforço institucional, levando os indivíduos a ter um contacto profundo com Deus, preservando ligações históricas milenares e trazendo sentido, definido externamente ao indivíduo, bem como estrutura e propósito às suas vidas individuais.

Por outro lado, os que procuram explorar a sua espiritualidade, encontram grande dificuldade em fundir-se numa concepção comunitária e, a não ser que os movimentos organizados ofereçam uma experiência enriquecedora e profunda, orientada à espiritualidade de cada um, a sua orientação será sempre num sentido holístico. Heelas e Woodhead (2005) consideram até que, os pós-materialistas são mais facilmente atraídos pelo ambiente holístico, do que por movimentos congregacionais e constituem a sua existência a partir de uma «ética subjectiva» onde é evidente o valor da expressão individual ou do preenchimento ou satisfação pessoal. Os indivíduos seguirão o que lhes parecerá ser mais acertado, são fiéis a si mesmos, cultivam a inteligência emocional e respeitam os sentimentos dos outros. Esta facilidade de atracção pelo ambiente holístico por parte dos indivíduos evidencia a relação que existe entre a espiritualidade e os valores pós-materialistas, em concreto a valorização da qualidade de vida e a expressão e realização individuais. Estes valores criam o clima propício para a existência desta atracção. Fernandes (2003) chama a atenção, referindo-se a Inglehart (1990) para o facto de que, nesta mudança dos valores materialistas para os valores pós-materialistas, *«os pós-materialistas tendem a dedicar mais tempo à reflexão sobre a significação e a finalidade da vida»* (Fernandes, 2003: 166). De acordo com Inglehart (1990) as crenças tradicionais e as organizações religiosas estabelecidas, poderão estar a perder aderentes, mas, por outro lado, as preocupações espirituais estão a difundir-se cada vez mais. Heelas e Woodhead (2005) suportam a sua teoria da subjectivação nos aspectos relevados pelo contributo de Inglehart (1990) acerca dos pós-materialistas.

Assim, Heelas e Woodhead (2005) defendem que cada vez mais se torna marginal a ideia do sacrifício da vida de um para o bem de outro, ou mesmo da vida como referência a este propósito, sendo que a deferência a uma «autoridade maior» se torna uma característica cada vez mais difícil de se encontrar nas recentes mudanças culturais. Os indivíduos que se identificam com o ambiente congregacional, com comunidades religiosas organizadas e instituídas, prezam-no porque os valores são estáveis e os papéis são claros. Todavia, os indivíduos procuram cada vez mais as explicações e o sentido da vida dentro de si mesmos, em vez de procurarem em religiões externas, favorecendo o crescimento do ambiente holístico ou o desenvolvimento de uma era de bem-estar. Será uma atitude de sacralização das escolhas e das vivências pessoais, não procurando o sagrado naquilo que possa transcender as particularidades na vida e no

quotidiano de cada um. O facto de se ser comandado por uma autoridade superior não se coadunará com esta atitude. Quando o sagrado se coloca no indivíduo, dificilmente se viverá em conformidade com «ordens externas», ou seja, a religião que nos disser como agir e em que acreditar estará certamente «dessintonizada» com o que está culturalmente em vigor, que é a capacidade de cada um procurar as respostas às suas inquietações individuais. Ou como refere Bauman, com a necessidade de cada um se tornar o que cada um é no desenho da vida moderna (Bauman, 2000). Apesar disso, não tomemos estes aspectos como uma reviravolta para a subjectividade, no sentido em que afecta a cultura ocidental como um todo; tomemo-los antes como influências que colocam cada vez mais na defensiva as características do «life-as».

Enquanto experiência, a espiritualidade pode ser moldada em três vértices:

- como experiência intrapessoal, numa relação muito estreita com espírito humano;
- como experiência interpessoal, numa relação dinâmica entre indivíduos e a sua organização comunitária;
- como experiência transpessoal, que se desloca para além do self e de todos os outros, para o transcendente e portanto, muito para além do mundo tangível.

A espiritualidade é experimentada, como o são outras actividades humanas, e expressa nestes três vértices. Enquanto experiência acontece na mesma medida em que cada um deles confere sentido à existência do indivíduo, conhecendo-se a si próprio, relacionando-se com os outros e relacionando-se com o transcendente. A partir daqui assume diferentes formas religiosas pelas quais os indivíduos escolhem responder, como seja através do cristianismo, judaísmo, islamismo, budismo, agnosticismo, entre tantas outras. Assim a espiritualidade torna-se uma experiência cujas características são simultâneas¹⁶:

- a universalidade, podendo ser encontrada em todos os indivíduos;
- a diversidade, manifestando-se de forma diferente, consoante seja a cultura de um indivíduo ou o seu quadro de valores;

¹⁶ Cf. Swinton (2001), adaptando o modelo de Emmanuel Lartey (Lartey, E.Y. (1997) *In Living Colour: An Intercultural Approach to Pastoral Care and Counselling*. London: Cassell) que representa um “cuidado de saúde intercultural” que parte do princípio que as culturas não são totalidades monolíticas e que as pessoas não acreditam todas nas mesmas coisas, que as pessoas não actuam todas da mesma e previsível forma. Este modelo parte do pensamento de David Augsberger (Augsberger, D.W. (1986) *Pastoral Counselling Across Cultures*. Philadelphia: Westminster Press).

- a singularidade, na medida em que se situa ao mais profundo nível de cada um e se expressa em cada um de uma forma particular.

Neste sentido, mesmo que o indivíduo se expresse como católico ou budista ou xamã, teremos apenas uma pequena noção daquilo que são os seus campos de referência, não nos permitindo sequer vislumbrar as suas experiências pessoais no que respeita ao próprio sentido das suas crenças. Assim deveremos considerar que a espiritualidade comporta uma avaliação do sentido da vida, os valores pelos quais o indivíduo se rege, a transcendência, a relação de si com os outros ou com o transcendente e um sentido de transformação interior.

Em suma, para bem compreendermos a espiritualidade tenderemos a deslocar o cerne desta questão à ligação entre a espiritualidade humana e as questões existenciais acerca do sentido e do propósito de vida. A espiritualidade é assim entendida como a essência de cada ser humano, diferente mas inseparável do físico e do intelectual. Então, as preocupações espirituais podem ser expressas por processos físicos e mentais: se o espiritual for negligenciado, as custas ficam para o corpo e mesmo para a mente. Apesar das muitas definições que existem, é-nos difícil precisar o conceito. Essa dificuldade reflecte de certo modo a luta para encapsular uma essência intangível, à qual muitos indivíduos dão muita importância e sentido, quer para eles, quer para as suas próprias vidas (Keighley, 1997). De facto, as ideias que circundam o conceito de espiritualidade estão muitas vezes sujeitas a manipulações conceptuais. E, na medida em que os quadros conceptuais vigentes já não encontram a compreensão suficiente para uma sociedade pluralista, diversa e multicultural, espera-se que a reflexão continuada e sistemática sobre este tema faça emergir um quadro alternativo e necessário para a compreensão da espiritualidade e daquilo que lhe diz respeito.

Consideremos, então, a espiritualidade como um potencial inato, presente em todos os seres humanos, que diz respeito à ligação ao transcendente, ao sentido, à esperança e a todas as preocupações existenciais. Será a dimensão do ser humano, ligada ao poder inerente ao homem de atribuição de sentido, propósito e preenchimento, vontade de viver, manifesto muitas vezes numa crença ou fé religiosa, mas principalmente na crença e fé que o homem tem nele próprio, naqueles que o rodeiam e acima de tudo num poder muito para além dele mesmo (Renetzky, 1979).

CAPÍTULO II

DAS EDIFICAÇÕES DA EXISTÊNCIA

Introdução

Retomamos o enunciado colocado anteriormente: a identidade emerge das cinzas da comunidade na qual o indivíduo nasce, em ordem à reconstrução de uma nova comunidade. Ou lançando o enunciado de uma forma diferente: a individualidade surge do colapso da ordem mítica e do colapso da ordem social, dando origem, neste renascimento, a uma nova ordem mítico-social. O indivíduo, em comunidade, constrói a sua trajectória nas fundações que lhe são conferidas pela tradição, ao mesmo tempo que rompe com elas, inovando de alguma forma, sem que isso queira dizer que melhore a sua existência ou o seu contexto.

Este vai e vem (re)construtivo, em concreto, o delineamento das suas próprias trajectórias, encontra nos nossos dias no fenómeno da globalização, talvez o seu expoente máximo, uma vez que colocou novos desafios a uma figuração da identidade: como se de uma vingança de nómadas se tratasse, os territórios perderam o seu valor, a sua atracção e poder magnético. Impôs-se a deambulação pelos novos espaços, territoriais, sociais e mentais, fundamentalmente através da imposição do efémero, da satisfação pessoal e instantânea, ou simplesmente a procura de uma melhor qualidade de vida. O advento da era moderna passou a significar, entre outras coisas, o assalto consistente e sistemático ao *status quo*, convertendo um estilo de vida sedentário num novo tipo de nomadismo e colocando este estilo nómada contra as probabilidades territoriais e fronteiriças das preocupações de qualquer estado moderno.

Neste sentido, a construção da identidade, renascendo das cinzas da comunidade que a precede, passa agora pela procura da satisfação pessoal quando já mais nada pode interessar ao indivíduo: trata-se da experiência do enunciado inicial que refere que ao fechar-se o conceito de comunidade, abre-se o conceito de identidade para originar (por hipótese ou por esperança)¹⁷ uma nova comunidade. Assim, e como nos indica Pierre

¹⁷ Consideremos no mesmo patamar, para este efeito, a noção de hipótese e a noção de esperança.

Bourdieu (1998)¹⁸, a precariedade está instalada e, tal como a vulnerabilidade e a instabilidade, tornou-se destino.

O indivíduo, perante a nova “ordem mundial” assente na precariedade, vulnerabilidade e na instabilidade, tenta produzir a sua identidade, numa ilusão de auto-responsabilidade, sem se inteirar do facto de a identidade ser construída socialmente. Assim se afigura a construção de uma identidade individualizada, que demonstra a luta perpetrada pelo indivíduo, durante o próprio processo de construção identitária, entre o que lhe é concedido pela tradição do meio onde se insere e os elementos que julga ter conseguido obter através das suas escolhas. Perante tantas possibilidades de escolha, o indivíduo poderá apresentar dificuldades na atribuição de sentido a algumas delas.

É por estes retalhos que tentaremos reflectir acerca das edificações da existência do indivíduo. Em primeiro lugar, reflectindo sobre uma identidade individualizada e os processos pelos quais a sua reconstrução poderá passar. Depois, as “deambulações” do indivíduo, nomeadamente na procura de sentido. No fim, no terceiro ponto, reflectiremos sobre a religião que, entre as coisas posicionadas no sagrado e as coisas posicionadas no profano, se apresenta enquanto reduto de comunidade e salvaguarda de traços identitários, pronta para possíveis (re)construções.

1. A identidade individualizada

Na 1ª Conferência Internacional de Filosofia da Educação, realizada em Maio de 1998 e subordinada ao tema Diversidade e Identidade, Adélio Melo (2000) proferiu uma conferência sobre o “tempo da identidade pessoal” e referia-se a esta última da seguinte forma: por ser uma identidade que depende do tempo e dele varia é uma identidade que o autor chama de virtualmente precária, conforme a ideia de Bourdieu já expressa na introdução ao capítulo, e por isso é *«feita de momentos, de acidentes e de conexões empíricas múltiplas, a todo o instante se intercalam nela diferenças que a põem em crise ou levam a redimensioná-la.* É no fundo a identidade de cada um, e de si mesmo em relação aos outros. De facto, o que interessará, porventura em qualquer análise

¹⁸ Cf. Bauman, 2001: 162

sociológica, é o olhar para o indivíduo na sua vocação relacional e construtiva, tal como nos refere Madureira Pinto (1991): *«a produção das identidades sociais implica a imbricação de dois processos: o processo pelo qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos, de pertença ou de referência, com eles se fundindo de modo tendencial (processo de identificação); e o processo através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e diferenciar-se socialmente, fixando em relação a outros, distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas (processo de identização)»*¹⁹. Esta construção das identidades (sociais), tal como colocávamos no enunciado inicial, é naturalmente invadida pelas características da comunidade anterior e que, durante o processo de construção, vão emergindo, revolvendo e moldando, em adaptação constante. De facto, as diferentes identidades baseiam as suas (re)construções sociais nos consecutivos processos de socialização que penetram as diferentes dimensões do indivíduo, uma vez que decorrem conjuntamente nos diferentes contextos, no desenho das diferentes estruturas e alimentam-se nos diferentes desejos, ambições e trajectórias dos indivíduos na estrutura social.

Ora, os tempos constituintes destas trajectórias são hoje marcados pela crescente incerteza em que vivemos (Giddens, 1990; Beck, 1992; Bauman, 2001), incerteza esta que também se verifica no conhecimento científico provocando um aumento das *«áreas cinzentas de riscos desconhecidos»* (Beck, 1992: 71), posicionando o indivíduo na marcada vulnerabilidade face ao seu destino, frustrando, até, muitas das tentativas de (re)construção da sua própria identidade e *«mesmo a relação entre os homens e as mulheres se modificam, a família que oferecia comunidade concentrada, atribuição de papéis e emoções, quebrou-se. De repente tudo é rodeado de incerteza, incluindo as formas de convivência e conjugalidade, quem faz o quê, como e onde»* (Beck, 1992: 109).

Também Follari (2007) considera que estamos num momento de grande debilidade ideológica, nas sociedades e comunidades em geral, e de grande debilidade epistemológica e metodológica nas ciências sociais, já que mudam as condições epistémicas do sujeito que se conhece e, por conseguinte, mudam também as qualidades materiais do objecto que pretendemos conhecer, isto é, o indivíduo²⁰, a sua relação com

¹⁹ Pinto, 1991: 218.

²⁰ A ideia apresentada aparece de forma transversal no artigo de Follari, 2007.

os outros ou com o que os rodeia. Esta razão justifica uma incursão pela antropologia, ainda que esta seja breve²¹. Desta forma recorreremos à perspectiva explorada por Prat (2007), que nos “empresta” uma tipologia da identidade que, esperamos, não nos encerre numa visão única, mas nos permita encontrar as múltiplas dimensões constitutivas do indivíduo que pretendemos entender no contexto desta investigação.

Esta tipologia²² caracteriza a identidade a partir de três concepções: a providencial, a individualista e a sócio-cultural. Cada uma destas concepções revela a identidade, respectivamente como essência, como ficção e como construção. A essência, a ficção e a construção social combinam-se nos diversos graus que marcam o desenrolar da vida que é sempre a mais rica das tipologias²³.

A identidade, como essência, avança pelos caminhos do ser, é uma parte fundamental de cada um, onde cada um o é para si mesmo (Heidegger, 1957, numa linha de pensamento fundamentada em Platão). Paul Ricoeur (1992), dentro desta concepção, separa a identidade *idem*, baseada no sentido de permanência na continuidade do tempo, das coisas e dos indivíduos, da identidade *ipse*, que não tem um eixo explicativo tão claro como a permanência no tempo de si mesmo. Este eixo explicativo deveria supor a existência de um núcleo permanente na personalidade do sujeito, segundo este ponto de vista. Prat (2007) acaba por sugerir que a partir daqui ficamos com uma noção, ainda que de uma forma vaga, de que em cada sujeito existe alguma coisa que o faz contrário a todos os outros (reforçado com os sinónimos “distinto”, “diverso”, “desigual”). E isto é o que pode ser atribuído à sua *ipseidade*. Como exemplos de indivíduos cuja identidade encaixa nesta concepção providencial, composta pela essência, pelo ser, Prat (2007) sugere-nos vários exemplos deste sujeito existencial, como os que se tornaram mártires ou os que se “refugiaram” no deserto ou em locais inóspitos, eremitas (Prat intitula-os de “atletas de Cristo”).

²¹ Exploramos o que se segue a partir do que nos lembra Bourdieu: «cada disciplina (como campo) é definida por um *nomos* particular, um princípio de visão e divisão, um princípio de construção da realidade objectiva irreductível ao de outra disciplina – segundo a fórmula de Saussure: “o ponto de vista cria o objecto” (o carácter arbitrário deste princípio de constituição que é constitutivo do “olho disciplinar” resume-se no facto de se enunciar, em geral, na forma de tautologias, como por exemplo, na sociologia, “explicar o social pelo social”, ou seja, explicar sociologicamente as coisas sociais)» (Bourdieu, 2004: 75).

²² Deve clarificar-se que as tipologias não são compartimentos estanques, pelo que não deveremos afunilar esta análise. Servir-nos-emos dela para melhor entender o sujeito da análise que neste momento é o indivíduo.

²³ Cf. Prat (2007).

A concepção individualista é uma ofensiva contra o sujeito existencial. Esta concepção reflecte e enfatiza no *eu* um caminho novo: na individualidade confluem o desejo de ser e a capacidade para converter-se naquilo que se deseja ser. Esta é uma capacidade estritamente humana. A identidade torna-se uma espécie de lugar virtual na qual o papel do homem social se dissolve²⁴. A partir da identidade narrativa, ficcionada, o homem aparece num contínuo *devir*. Prat (2007) salienta que falar da história de vida é pressupor que a vida é uma história e isto é já supor muito.

Na terceira concepção, identidade como construção, a estrutura social e a cultura entram como factores determinantes na solução da equação: a identidade é resultado da dialéctica entre o indivíduo e a sua estrutura social. Prat (2007) apoia-se na ideia de Geertz (1973) segundo a qual, não há homem mas homens, que se pensam a si mesmos de forma distinta, graças a estruturas culturais e mentais com as quais aprendem a ser e a materializar a sua humanidade. Uma outra variante é a que se expressa na obra de Maalouf (2003): a identidade, como construção, é o resultado da soma de todos aqueles elementos que, ao longo da vida de um indivíduo, o configuram. Esses elementos são como que dosificados de forma singular na identidade do indivíduo.

Estas tipologias podem, até certo ponto, orientar-nos e situar-nos na reflexão sobre algumas parcelas da realidade mas, em absoluto, não se fecham na rigidez das histórias dos indivíduos. As identidades, existenciais, individuais, construídas, revelam sempre as histórias de cada um: estas histórias são quase sempre mais complexas, contraditórias, diversas e surpreendentes do que qualquer modelo ou tipo que possa ser construído e apresentado (Prat, 2007).

Contudo, a forma pela qual reflectimos sobre o homem, e por conseguinte, sobre a sua identidade, acarreta uma simplicidade que produz uma análise que traduz um homem indivisível, completo e separado dos demais. Cada um pode ser pessoa, pode ser indivíduo, sem cumprir os requisitos de qualquer concepção tipológica: Prat (2007) refere que a concepção europeia, que traduz uma hegemonia cartesiana do indivíduo, sucumbe face à cosmomorfia, face à busca do homem em si mesmo, baseada nas

²⁴ Prat (2007) salienta esta ideia recorrendo ao pensamento de autores como Althusser, Lacan ou Lévi-Strauss.

experiências vividas e que inclui os aspectos transaccionais e relacionais que compõem o carácter fluido e cambiante da essência do ser humano. É o corte com a dicotomia cartesiana.

A tipologia apresentada coloca-nos perante a fórmula tríplice da composição identitária do homem: cada um é essência, ficção e construção, deslocando-se entre os três compostos conforme a necessidade imposta. Nos dias de hoje, e como refere Fernandes (1990), a afirmação da identidade partindo do individualismo acontece *«com a debilitação da relação entre a pessoa e a colectividade, é, por sua vez, contemporânea da perda da subjectividade, enquanto dimensão essencial do homem. O desaparecimento das transcendências ou de uma ordem objectiva de valores deixa o sujeito num espaço vazio, onde a inter-subjectividade tende a perder toda a sua significação e dimensão. É neste antagonismo criado entre o individualismo e o esvaziamento da subjectividade que radica a crise actual da relação social»* (Fernandes, 1990: 59).

O individualismo será, a partir da herança renascentista, a *«libertação interior e a capacidade de movimentação das pessoas em relação às comunidades tradicionais, que haviam nivelado as diversas formas de vida em grupos de status diferenciados e que continham a liberdade e a responsabilidade próprias de cada um»*, é um *«individualismo realizado, segundo Georg Simmel, na base da “igualdade natural dos indivíduos”, artificialmente constituídos em situações de desigualdade. O ser humano é progressivamente libertado de toda a coacção exterior e, em consequência, em vez de ser considerado como historicamente dado, isto é, particular e diferenciado, passa a revestir-se de características de universalidade»* (Fernandes, 1990: 61). E acrescenta ainda Beck (1992): *«a tendência relativa à crescente individualização e condições de existência, levam a que as pessoas façam delas próprias centro da sua própria vida e conduta de vida. Cada vez mais, todos têm de escolher diferentes opções, incluindo a que grupo ou subcultura querem pertencer e ser identificados. De facto, enquanto se escolhe a sua identidade social assumem-se os riscos inerentes a essa escolha. Neste sentido, a individualização significa a variação e diferenciação de estilos de vida e formas de vida, em oposição ao pensamento das categorias tradicionais de grandes grupos sociais – o mesmo é dizer classes, estados e estratificação social»* (Beck, 1992: 88).

As condições sob as quais o indivíduo constrói a sua existência individual e nas quais decide o alcance e as consequências das suas escolhas, sem uma pressão exterior manifesta, mas fortemente condicionado por uma pressão latente, são removidas. Para além da sua influência consciente e, na possibilidade remota de serem reveladas, as referências a essas condições são elaboradas a partir da história de vida que ele próprio narra, num exercício inaudito de conferir alguma lógica, substancialmente ficcional, mas suficientemente compreensível em qualquer processo comunicacional que tenha de encetar com outro. Recreando uma ideia marxista, os indivíduos arquitectam a sua história, mas não escolhem as circunstâncias externas pelas quais a sua história é possível. Deste modo, quando os indivíduos referem que, perante uma determinada situação, não há mais nada que possa ser feito, referem-no na medida da sua perspectiva. Somos então indivíduos por necessidade, porque somos quem faz com que as coisas aconteçam, mesmo que dentro duma certa finitude: a nossa e a dos acontecimentos que rodeiam a nossa existência. Nesta perspectiva, a individualização não é uma escolha: ainda que se fundamente na liberdade do homem, ela apresenta-se mais como uma inevitabilidade, a mesma inevitabilidade da finitude que acompanha a nossa existência e que nos torna vulneráveis.

Um aspecto positivo da individualização poderá ser a promoção de autonomia, produto do referido processo de identização²⁵, na medida em que a ideia de autonomia une as diferentes aspirações dos indivíduos. A autonomia fornece aos indivíduos a capacidade de reflectirem por si mesmos e autodeterminarem-se: deliberar, julgar, escolher e actuar nos mais diversos modos de acção (Held, 2006). A autonomia, claramente, e neste contexto, não pode desenvolver-se enquanto os direitos e as obrigações estejam estreitamente ligadas à tradição e a prerrogativas anteriormente fixadas. Neste sentido, e para que se desenvolva a autonomia do indivíduo há que dissolver todas as lealdades tradicionais. Os direitos e as obrigações que nos mantêm reféns impedem os movimentos e paralisam toda e qualquer iniciativa²⁶. A modernidade acarreta, na perspectiva de Bauman (2000), o “dissolver” dos sólidos anteriores, como se de uma profanação do sagrado se tratasse, ou seja, todos os valores sólidos, mesmo os que não estão directamente associados ao fenómeno religioso, como sejam os direitos e as

²⁵ Cf. Pinto, 1991: 218.

²⁶ Cf. Bauman (2000). A ideia apresentada aparece de forma transversal em toda a obra.

obrigações ou as lealdades tradicionais, liquidificam. Esta liquidificação dissemina-se, digamos assim, do sistema para a sociedade, da política para as organizações da vida, deslizando do nível “macro” ao nível “micro” da coexistência social. Constitui-se assim a modernidade numa versão privatizada, componente integral do indivíduo.

Uma vez dissolvidos ou liquidificados os direitos e obrigações, ocorre o necessário movimento face à autonomia. Aos indivíduos é colocada a possibilidade de poderem determinar e regular as condições de associação entre eles. As aspirações individuais representam esta tendência de tomar em mãos as escolhas e as condições de autonomia e os indivíduos passam a sentir-se livres e iguais na determinação das condições das suas próprias vidas, pelo menos no sentido teórico-legal, ou seja, pretendem desfrutar de iguais direitos, e conseqüentemente de obrigações iguais, embora estas obrigações sejam muitas vezes contornadas. Esta liberdade e igualdade geradas pelo sentimento de autonomia aplica-se, por conseguinte, na especificação do marco que gera e limita as oportunidades disponíveis para cada um, desde que não utilizem este marco para negar os direitos dos demais. O cenário da vida pessoal, a posse de uma identidade individualizada, passa a ser condição para relacionar-se com os demais de forma igualitária.

Sob o ponto de vista sociológico é inútil observar o indivíduo por si só, uma vez que há acções humanas que só se compreendem a partir do todo: *«cada ser humano singular é uma parte (...) que só pode ser entendida a partir da estrutura específica e das tensões específicas desta conexão global»* (Elias, 1993: 33). O indivíduo não é, sozinho, mais real do que a sociedade, o seu pensamento estrutura-se a partir das relações e das funções que se explicam através de toda a estrutura social *«e este ciclo de funções num colectivo de seres humanos, esta ordem invisível donde e para onde os indivíduos estabelecem continuamente as suas finalidades e agem, tão pouco tem a causa da sua existência simplesmente numa soma de actos de vontade, numa decisão comum de muitos homens singulares»*²⁷. De facto, cada indivíduo adquire a sua experiência de vida no contexto da sociedade que o acolhe. Uma vez que as sociedades possuem um dinamismo próprio, cada vez que se verifica uma alteração simultânea, quer das estruturas quer dos indivíduos, todo o contexto das *individualidades* se altera fazendo

²⁷ Ibidem.

cair o «muro irrevogável entre uma pessoa e todas as outras, entre um mundo interior e um exterior, surgindo em seu lugar a perspectiva de um entrelaçamento constante e irrevogável de seres singulares nos quais tudo o que dá à sua substância animal o carácter de um ser humano, portanto em primeiro lugar a sua autocondução psíquica, adquire a sua forma específica no relacionamento e pelas relações que mantêm com os outros»²⁸.

O projecto reflexivo do indivíduo deve, então, desenvolver-se de modo a permitir-lhe novas reorganizações, novos ressurgimentos e novas, assumamos, reconstruções. O seu projecto reflexivo e as suas reconstruções acontecem, todavia, no contexto da sociedade: conforme referia Judt (2010) o homem procurava *«na sociedade – ou classe, ou comunidade – o vocabulário normativo individual: o que era bom para todos era por definição bom para qualquer um. O inverso, porém, não é válido. O que é bom para uma pessoa pode ter ou não ter interesse para outra»* (Judt, 2010: 93). Assim concebida, a identidade e a consequente autonomia, permite o respeito pelas capacidades dos outros, permite ainda criar os laços pessoais de que se necessitam, para manter boas e profícuas relações com os outros, mas fundamentalmente permite não ter a preocupação de alargar os seus interesses e desejos privados aos outros: isso favorece *«o recurso ao relativismo estético e moral: se algo é bom para mim não me cabe averiguar se é bom para mais alguém – e muito menos impô-lo»* (Judt, 2010: 94). O indivíduo autónomo é capaz de tratar os outros como tal, e reconhecer que o desenvolvimento das capacidades de cada um não são uma ameaça.

Entre a identidade atribuída e herdada pela tradição e a identidade conseguida, reconstruída pelas tarefas, actividades e acções, deparamo-nos com novos significados, não só dessa mesma identidade e da individualização consequente, mas também de tudo o que rodeia o indivíduo, como se de um processo inacabado se tratasse, como se fosse uma história contada e recontada, mas que nunca chega ao fim. A sociedade moderna constrói o indivíduo e a sua identidade, e vice-versa, num incessante remodelar e renegociar quotidiano: em cada dia há novas formas, novas regras, um novo jogo, ou o que constituiu uma luta para uma geração, parece óbvio à geração seguinte. A existência interpessoal de cada indivíduo vê-se completamente transfigurada, uma vez que tem de

²⁸ Idem, pág. 51.

nela integrar, de forma sistemática, o que se pode chamar de “experiências sociais de cada dia”, e que vão submetendo o indivíduo a mudanças sociais cada vez mais amplas (Giddens, 1992).

A realidade vai-se desmoronando e reconstruindo perante o indivíduo, escapando à sua compreensão; a realidade torna-se aparentemente incoerente, fluida e meramente elusiva a tudo o que não lhe diz respeito. Resta ao indivíduo prosseguir, primeiro, através do sentimento de impotência, depois por uma sensação de inabilidade e por fim pela racionalidade que poderá por fim conferir alguma lógica às acções do quotidiano.

2. O sentido do quotidiano: imanências e permanências

A modernização das sociedades é um dado aparentemente irreversível. A sociedade actual, do ponto de vista das sociedades tradicionais, experimenta uma profunda alteração na maneira pela qual os indivíduos devem supostamente viver. «*As transformações operadas pelo mundo actual deslocam sensivelmente o centro de interesse. (...) O individualismo evolui para novas modalidades, apagando-se a antinomia público-privado em que ele tendia exclusivamente a inscrever-se. Mais do que o refúgio na vida privada, a pessoa, hoje em dia, parece buscar sobretudo a plena subjectivação. Se a religião antes não consentida no espaço público se havia refugiado na esfera privada (...), agora tende a ser entendida como apoio a uma subjectividade na sua busca de sentido.*» (Fernandes, 2001: 57). A linguagem religiosa e respectiva eficácia, entrando num estado de crise, conduz ao desmoronamento de um universo de representações e de relações sociais, quando até agora lhes dava corpo. Bourdieu (1982) refere, a propósito da crise de linguagem religiosa, que, ao perder a sua eficácia, ao deixar de corresponder à realidade quotidiana ou ao perder significado nas acções concretas dos indivíduos, provoca a desagregação de todo um universo de representações, que consigo levam também a lógica de relações sociais que constituíam esse mesmo universo. Os principais representantes do instituído da organização social entram em descrédito: a volatilidade dos poderes de autoridade acontece porque estes deixam de ser reconhecidos como tal e, dessa forma, também a linguagem simbólica deixa de ter eficácia.

Os indivíduos têm o direito e procuram viver um mundo com sentido: quando esmorece o fervor religioso, até a acção social pública demonstra capacidade de concretizar a satisfação da necessidade do sentido de um propósito mais vasto na vida de cada um (Hirschman, 1982). O respeito pelo pressuposto da existência desse direito é um imperativo moral (Berger, 1974), na medida em que se respeita a consciência dos outros e a definição da realidade que cada um constrói. Cada um terá sempre o direito de viver e agir de acordo com os ditames da sua consciência, o que pressupõe uma determinada maneira de ver o mundo e entendê-lo. Este é um direito adquirido por uma identidade que se individualiza, face à desconexão que encontra quando confrontado com as organizações tradicionalmente detentoras de sentido, conforme observado no ponto anterior. Todavia, o sentido não pode ser compreendido apenas por referência a um indivíduo, uma vez que a razão do sentido se liga aos outros por um grupo de pessoas que se ligam mutuamente e dependem de uma forma ou de outra da maneira como comunicam entre si, como se o *eu* fosse a pluralidade das pessoas que lhe estão ligadas. Desta forma, as relações e a comunicação assumem um sentido comum: conforme refere Elias (2001) «*o sentido das palavras e o da vida de uma pessoa têm em comum o facto de que o sentido associado a elas por essa pessoa não pode ser separado do associado a elas por outras*» (Elias, 2001: 65). Todos aprendem este sentido e cada indivíduo terá margem para poder variar, mas sempre dentro de certos limites de modo a que não perca a relação e a comunicação com os outros: «*a realização do sentido para um indivíduo (...) está intimamente relacionada ao significado que adquire, ao longo da vida, para as outras pessoas, seja através da sua própria pessoa, do seu comportamento ou do seu trabalho*» (Elias, 2001: 74). E também porque, «*mesmo que reconheçamos que não existe um sentido superior na vida, temos de atribuir sentido às nossas acções de uma maneira que as transcenda*» (Judt, 2010:172).

Se antes o sentido era dado através da tradição, raramente questionado, baseado no controlo familiar e social, onde todas as acções do indivíduo eram as esperadas e a construção da sua identidade era baseada em processos de identificação, de referências, nas sociedades actuais, o indivíduo escolhe, por entre um conjunto de opções, aquela que lhe parece mais significativa e que apresenta maior coerência na sua própria maneira de apreender o mundo. Como referíamos no ponto anterior, o indivíduo age por escolha e a construção da sua identidade acontece por um processo de identificação, através do pressuposto de autonomia e assente na diferenciação social. No entanto, «*o*

aumento da divisão de funções e da civilização em determinadas fases, implanta-se no indivíduo, de modo crescente, a sensação de, para sobreviver na teia humana a que pertence, ter de atrofiar aquilo que afinal é, de ter sido forçosamente levado a fazê-lo pela estrutura da sociedade, de se opôr à sua “verdade interior”, de não ter sido capaz de realizar o que mais teria correspondido às suas capacidades, de não se ter tornado no que poderia ter tornado. A pressão que a teia humana exerce sobre o indivíduo, a limitação que a sua estrutura lhe impõe e as tensões, as rupturas que tudo isto lhe cria são de tal forma intensas que na pessoa singular se vai formando uma confusão de tendências não vividas, não experimentadas e não realizadas, que só raramente se expõem abertamente à vista de outros e muitas vezes nem sequer à sua própria consciência.» (Elias, 1987: 49). Sob pressão, o indivíduo procura e atribui o sentido de acordo com a sua visão do mundo, construindo os valores familiares ou o estilo de vida conforme às suas aspirações. Assim, o direito a viver num mundo com sentido tem implicações: se anteriormente este direito se regia pela regulação da tradição, nas sociedades actuais o direito rege-se pela escolha e atribuição individual de sentido.

Recolocando a questão inicial, com o surgimento de uma identidade individualizada, a partir de uma ruptura com a ordem mítica e transcendental, também se sucedem as rupturas com os sentidos anteriores e surgem novas procuras de sentido. Esta procura é testada, o sentido procurado é experimentado. Se corresponder às solicitações e aspirações particulares de dado momento, subsistirá enquanto se mantiver vivo o seu propósito.

O sentido de cada experiência, numa perspectiva do indivíduo, fundamenta-se na construção de esquemas de referência que respondem às expectativas colocadas por cada um. Frankl (2011)²⁹ dá-nos conta disso quando relata a sua experiência nos campos de concentração nazis durante a Segunda Guerra Mundial. Os seus relatos colocam-nos perante aspectos do quotidiano do campo, onde os esquemas de referência de Frankl, enquanto prisioneiro, se colocaram face à expectativa da sobrevivência propriamente dita. Refere Frankl (2011): *«a vida no campo de concentração mostrou-nos que a pessoa pode muito bem agir “fora do esquema”(…). No campo de concentração pode privar-se a pessoa de tudo, menos da liberdade última de assumir uma atitude*

²⁹ Frankl foi um psiquiatra existencialista, fundador da Logoterapia.

alternativa frente às condições dadas». A partir desta experiência Frankl defende que a busca de sentido constitui uma motivação primária dos indivíduos, é-lhes específica e exclusiva. E, seja qual for a circunstância, corresponderão às suas expectativas e, por conseguinte, aos seus esquemas de referência. Estes, por seu turno, baseiam-se em padrões de acção, sustentados em categorizações gerais de condutas de vida. Mas cada um destes esquemas, padrões e categorias posicionam-se numa esfera supra-ordinal de valores³⁰, pelo que se torna impossível falar de uma única ordem de valores que possa ser aplicada a todos os indivíduos. Segundo Berger e Luckman (1997), nas sociedades pode existir um sistema de valores, herdado da tradição³¹, constituindo uma reserva de sentido que remonta ao passado. Esse sistema de valores é objectivado no acervo social do conhecimento e é administrado por instituições especializadas que, por sua vez, actuam de forma racional, com vista a atingir determinados objectivos.

A estruturação de sentido nas sociedades actuais é uma temática complexa e múltipla, que parte de uma base socio-antropológica da constituição de sentido na acção e da própria vida de cada indivíduo. A consciência, a singularidade, a sociabilidade e toda a construção social são características próprias do indivíduo. No entanto, o sentido da vida humana é cada vez mais abalado não só pelas experiências, mas fundamentalmente pelas trocas do quotidiano. A abordagem possível surge da constituição de sentido a partir da separação das experiências que cada indivíduo protagoniza e delas toma consciência, e termina no processo pelo qual estas experiências e trocas se podem relacionar com outras. Assim sendo, quando falamos de sentido, posicionamos este conceito no indivíduo, mais concretamente, na consciência que este alimenta de si, da sua existência e da relação entre as diferentes experiências e acções que produz. Por outro lado, ao analisar as ligações que conduzem os esquemas de experiências individuais e o sentido que lhes é conferido, abre-se a possibilidade de considerar a existência de uma relevância moral deste sentido, isto é colocá-lo na referida esfera supra-ordinal de valores, constatando-se, desta forma, que é impossível a um indivíduo,

³⁰ Berger e Luckman (1997) referem a existência de uma “esfera supra-ordinal de valores”, isto é, uma esfera que transcende a própria existência do indivíduo.

³¹ Segundo estes autores, as tradições têm origem em antigas vertentes da acção social modelando assim os elementos de sentido, constituindo-se como transversais a todos os distintos níveis da experiência individual. Daqui decorrem tipificações, classificação de padrões experienciais e esquemas de acção que constituem por si “acervos subjectivos do conhecimento”. As objectivações, que se desligam da singularidade das situações, são incorporadas também neste “acervo”: umas são simplesmente armazenadas, outras adquirem a classificação de “exemplos”.

ou mesmo a uma organização, supor o que é bom e correcto para os outros. É interessante referir sobre este assunto, abrindo aqui um parêntesis, uma ideia defendida por Pierucci (2003): o mundo, as relações, a existência por si só não apresentam qualquer sentido, já que todo o sentido e o sentido de tudo estariam no “outro mundo” segundo as construções propostas pelas diferentes religiões. Esta ideia sublinha a importância nas religiões na crença da existência da vida eterna após a morte, ou de outras vidas antes dela, consoante a proposta religiosa. Toda esta dinâmica tem a função de conferir o sentido que a sua totalidade comporta neste mundo, à vida de cada um de nós.

Mas quando a referência do sentido da existência não reconhece as religiões como sua referência primordial, podemos sempre considerar como possibilidade a dúvida da existência das coisas que nos rodeiam, como lembra Elias (1987) acerca do pensamento de Descartes, e concluir que o que nos sobra será a ideia de cada um em si mesmo. *«E esta descoberta (...), antes redescoberta de si próprios enquanto seres que sem recurso às autoridades podiam chegar à certeza sobre acontecimentos complexos, na imagem que tinham de si mesmos transpunha para primeiro plano a sua própria actividade pensante – de um modo reedificante designada de “razão” – e a sua própria capacidade de percepção – os sentidos.»* (Elias, 1987: 118).

Ainda assim, a consciência de si e a relação entre as diferentes experiências e acções, que referíamos anteriormente, tende a dar origem a um esquema geral dotado de uma unidade de sentido que é mais complexa que a anterior. Berger e Luckman (1997) chamam a este esquema conhecimento. O indivíduo, na sua consciência, existe reagindo a coisas que lhe são externas e o conhecimento de si só poderá acontecer ao conhecer essas coisas externas. Contudo, a oportunidade de ser gerada uma situação de conflito é emergente, em concreto, quando o nível em que se configura o conhecimento embate nas estruturas de valores ou nos interesses envolvidos. Os indivíduos, quando representam simbolicamente as acções que pretendem desenvolver, fazem-no com um fim pré-concebido. É uma fase em que se antecipa (por força da imaginação) uma condição futura, fazendo parte dessa antecipação o elenco do que é desejável e necessário fazer, que caminho percorrer se a avaliação dos resultados não for favorável, fazendo com que o sentido das suas acções se configure em propósitos.

O mesmo sentido, numa abordagem diferente, mas que encontra paralelo com o exposto no parágrafo anterior tem uma das proposições colocadas no segundo capítulo da *teoria da religião* de Stark e Bainbridge (1987). A partir das simplificações conceptuais da realidade, das quais os indivíduos se fazem suportar, constituem-se modelos de realidade que desembocam em acções (chamadas explicações - explanations). Stark e Bainbridge partem da proposição de que, para resolver um determinado problema, o indivíduo procura para ele uma explicação. Adiantam-nos posteriormente que as explicações são afirmações acerca da forma e da razão pelas quais o indivíduo poderá obter recompensas ou punições com determinada resolução de qualquer problema que se lhe depare. Ora, na explicação decorrente, que é proposta numa lógica dedutiva³², sucede que os indivíduos procuram, de facto, explicações e de preferência com recompensas. Assim as explicações apresentam-se como recompensas em algumas generalizações. Um pouco mais adiante nesse capítulo, os autores acrescentam que uma avaliação correcta de uma explicação é aquela que facilita o alcance da desejada recompensa. Ora se essa recompensa não acontece a explicação é remetida para um futuro distante ou para outro contexto não verificável: passa a considerar-se não uma explicação mas uma compensação. As compensações substituem, então, as recompensas.

A pretensão de configuração dos valores supra-ordinais e dos sistemas de valores, acomoda o indivíduo numa projecção de sentido que percorre toda a sua vida, desde o nascimento até à morte, fundamentalmente quando esta projecção se evidencia num esquema que reúne modelos de um acto (e não de acção) nas mais diversas áreas, e a partir do qual constrói e reconstrói a sua identidade. Este esquema, por sua vez, relacionará a totalidade da vida com uma época que transcende a existência concreta de um indivíduo. Disso é exemplo a eternidade. A esperança na vida eterna faz-nos susceptíveis a um enquadramento religioso que atribua algum sentido, já que toda a matéria do quotidiano é insuficiente para explicar esse mesmo sentido (Bauman, 1998). O indivíduo preocupa-se com a sua “salvação”, ou seja, uma recompensa ou uma punição pela sua vida quotidiana é uma perspectiva de futuro. Mas as preocupações com

³² Esta lógica deriva do facto de Stark e Bainbridge considerarem que uma teoria é um conjunto de proposições relacionais entre uma amalgama de conceitos abstractos. As teorias dedutivas consistem num pequeno conjunto de princípios básicos aos quais podem ser reduzidos pequenos grupos de fenómenos complexos. As teorias dedutivas são muito mais do que apenas jogos intelectuais, muito mais do que estereis sistemas cruzados de referências com o propósito de organizar dados. As teorias dedutivas podem forçar-nos à inovação intelectual. Cf. Stark e Bainbridge, 1987:13, 14.

a eternidade não aparecem de forma espontânea e natural. Por vezes é necessário um esforço gigantesco para que estas preocupações existam na exacta medida de modo a que todas as acções do quotidiano e os seus resultados possam acontecer na única possibilidade de existência, que é a vida (Bauman, 1998).

Consequentemente, o sentido das rotinas diárias permanecerá sempre subjugado ao sentido da vida. Segundo Arendt (1958) *«o ciclo vital do homem em corrida para a morte levaria inevitavelmente todo o humano à ruína e à destruição se não fosse a faculdade de (...) começar algo de novo, uma faculdade inerente à acção como uma lembrança permanente de que os homens, embora tenham de morrer, não nasceram para morrer mas sim para começar»*. Acrescenta Savater (2007: 204): *«Nós humanos, não vimos ao mundo para morrer, mas para criar novas acções e novos seres: somos filhos das nossas próprias obras e também pais daqueles que empreenderão a partir delas, ou contra elas, trajectórias inéditas»*. E finaliza Elias (2001): *«O modo como uma pessoa morre depende em boa medida de que ela tenha sido capaz de formular objectivos e alcançá-los, de imaginar tarefas e realizá-las. Depende do quanto a pessoa sente que a sua vida foi realizada e significativa, ou frustrada e sem sentido. As razões desses sentimentos nem sempre são claras (...). Mas quaisquer que sejam as razões, podemos talvez supor que morrer é mais fácil para aqueles que acreditam terem feito a sua parte, mais difícil para os que sentem terem fracassado na busca dos seus objectivos, e especialmente difícil para aqueles que, por mais que a sua vida possa ter sido bem sucedida, sentem que a sua maneira de morrer é em si mesma sem sentido»* (Elias, 2001: 72).

A alteridade da existência, ou mesmo o viver em função da eternidade, do tempo infinito ou da transcendência do próprio tempo, confere ao indivíduo o pressuposto da imortalidade e um anseio de encontrar uma cura sobrenatural para a morte. Este anseio será sempre o fundamento mais sólido, consistente e pragmático da fé: *«ninguém é ateu no seu leito de morte»* (Savater, 2007: 81). Ser eterno passa a ser uma exigência diária, para uns mediada pela relação com o divino, para outros mediada pela sua actividade pensante e pela sua capacidade de percepção (Elias, 1987). Estes mediadores devem ser intemporais, mas vividos com tempos próprios. Por conseguinte, é no tempo, ou na sua engenharia, que se organiza o quotidiano, e é no espaço que se alicerça. Desde sempre o homem organiza as suas actividades, as suas tarefas na lógica espaço temporal. O tempo

e o espaço são fundamentais na estruturação desse quotidiano que alimenta a existência humana, onde se fundamentam relações sociais e sustentam, quer as relações com o divino, quer o seu pensamento e sensações. A consciência de que é assim, a sua singularidade e a relação com os outros na construção social que dela deriva, são características próprias do indivíduo. No entanto, cada vez mais, o sentido da vida e da existência é abalado ou recolocado pela actualidade.

O indivíduo, na constituição da sua identidade pessoal, recorre a uma construção maior, de cariz institucional, para poder acumular os diferentes sentidos que escolhe durante o seu período de vida. Recria sentido consoante a sua necessidade e recorre a ele sempre que necessita, quer para as suas acções e experiências individuais, quer para a sua conduta de vida. As instituições moldam e pressionam o indivíduo numa determinada direcção. O indivíduo exerce apenas o controlo dos seus padrões de acção, um controlo que é subjectivo e dos quais é objectivamente responsável (Berger e Luckman 1997; Savater 2007). É assim constituído um enclave de conhecimento e de sentido: por um lado, o sentido é partilhado, constituído como reserva de valores e que de certa forma se aplica universalmente; por outro lado, nele subsistem os valores individuais que se consideram consonantes com a forma universal, mas sem atingir uma consonância perfeita. Quando uma sociedade espera que a reserva de valores de que dispõe seja completamente concordante ou coincidente com os valores ou o sentido da vida de cada indivíduo que a compõe, o mais provável que aconteça é o desembocar num processo de crise de sentido. As crises de sentido encontram, assim, um terreno mais favorável nas sociedades que dispõem de um só sistema de valores.

Por outro lado, o sentido objectivo dos padrões de acção dos indivíduos pode, em si mesmo, ser incorporado em categorias³³, próprias a cada um. Simultaneamente, este sentido objectivo pode ser orientado a partir das condutas de vida, em função do seu sistema supra-ordinal de valores. Neste sentido, por exemplo, a história das instituições religiosas demonstra que estas sempre desejaram e tentaram aplicar na vida quotidiana, de uma maneira sistemática, uma reserva organizada de sentido e valores. O mesmo será dizer que apresentaram aos indivíduos e sociedades de cada época, uma possibilidade de enquadramento das condutas de vida, moldando os padrões de acção e

³³ Acções racionais criam categorias racionais de valor, capazes de comunicar sentido a toda a conduta de vida.

reconstruindo as experiências, no pressuposto de se instituírem enquanto reserva tradicional de valores. As suas categorias de sentidos, com uma pretensão de generalidade, impugnam assim o sentido da sua própria acção.

De qualquer dos modos a religião tem, ao longo dos tempos, apresentado alguma utilidade, conforme nos lembra Bauman (1998) citando Alain Touraine (1974). A religião pôde impor dependência e subordinação rotineira, quer na vida quotidiana quer na vida eterna, mas os nossos dias trouxeram-lhe o colapso, já que a mensagem pré-concebida da religião deixou de corresponder, pelo menos, ao quotidiano das experiências dos indivíduos. A religião, pelo facto de um indivíduo fazer parte de um grupo, pôde também manter as divisões sociais impenetráveis, já que apresenta uma estrutura com baixa mobilidade e factores de permanente estratificação, mas a flexibilização e descentralização dos processos de estruturação começaram a dar sinais de erosão na rígida estrutura religiosa, colocando-nos perante uma nova situação com novos desafios. Por fim, pôde a religião “apreender o destino do homem, a sua existência e a sua morte” mas neste caso a religião, face a uma identidade individualizada que age e experimenta por escolha, que reconstrói sistematicamente novos significados, tende agora a isolar-se: da mesma forma que a dança e a pintura se tornam actividades de lazer, também a religião pode assumir uma posição apenas destinada ao tempo livre, na medida em que o indivíduo, eventualmente, apenas se dedica a ela pessoalmente, secretamente, em momentos por ele deliberadamente definidos e de forma irregular. Desta forma, de maneira a resistirem a uma certa marginalização, as igrejas necessitam de se apropriar de outras funções que de alguma forma respondam às preocupações com os mistérios da existência e da morte (Bauman, 1998: 63), flexibilizando as suas estruturas, originando novas respostas às solicitações individuais do quotidiano e assumir o destino como propriedade do indivíduo.

Considerando que a construção de um novo sentido pode passar pela religião e pela espiritualidade que o indivíduo possa alimentar, devemos posicionar-nos então numa reconfiguração, não só das instituições religiosas, mas também das respostas que estas podem dar. A reconstrução das próprias instituições ocorre, exactamente porque estão preocupadas em contribuir para atribuir o sentido que as pessoas procuram. É um processo de adaptação às sociedades, uma aproximação às pessoas, procurando dar respostas e propostas de sentido segundo as necessidades.

Por conseguinte, a ordem social poderá ser representada por uma rede de canais pelos quais o sentido da vida é canalizado e onde convergem as fórmulas que conferem esse sentido. A energia transcendental que mantém essa ordem social também a faz necessária e viável. O problema é quando as organizações que supostamente ajudariam o indivíduo a ultrapassar os seus problemas passam, elas mesmas, a causá-los. Quando assim acontece, o indivíduo recorre à negação do colectivo, à negação dos veículos públicos do transcendente e fica abandonado à resolução pessoal dos seus próprios problemas: surge o medo da solidão, contrariado com o desejo dessa mesma solidão, o cansaço de si mesmo e uma procura incessante de satisfação. Vivemos, então, numa época em que subsiste a procura de sentido.

Neste sentido, os indivíduos podem estar, de facto, a tornar-se cada vez menos religiosos, mas isso não significa que estejam a tornar-se cada vez menos espirituais ou que não anseiem por entender o sentido da transcendência na sua vida ou procurem algum preenchimento ao nível espiritual. O que aparentemente está a acontecer é que o sentido da transcendência ou os desejos espirituais estão a transpor-se para outras formas de espiritualidade, deixando a fase anterior que estava localizada nas religiões institucionalizadas, não deixando de ser formas normais de procura, deixam apenas de ser as tradicionais. Esta mudança de sentido reflecte-se na variedade e diversidade de formas que a espiritualidade assume. Esta mudança tornou-se num conceito vasto e multivocal (Barnum 1998; Swinton 2001).

3. A religião, o sagrado e o profano

A religião³⁴ apresentou-se desde sempre como um aspecto central na vida das sociedades humanas. A sua natureza constitui um fenómeno social e o seu conceito

³⁴ Sobre a estrutura conceptual de Religião, Garcia (2007) aponta os seguintes traços distintivos, que se anotam desde já pela sua pertinência: por um lado a religião secular que se caracteriza por manter um permanente equilíbrio entre o âmbito religioso e o âmbito secular através de diversas formas sincréticas de sobreposição, absorção ou permuta entre os predicados e rituais de carácter religioso e os valores típicos da actividade secular. Por outro lado, a religião civil que surge a partir do pacto entre o religioso e o político (pacto este que Garcia refere ter sido bem compreendido por Rousseau) perante um contexto moderno onde os fundamentos tradicionais do transcendente se esgotam, onde o processo de formação de uma sociedade política não pode prescindir do reconhecimento da importância que têm os afectos, as

assenta em aspectos ligados ao quotidiano das sociedades, à sua organização e às suas práticas. Segundo Feuerbach (1841), a religião tem por base ideias e valores que decorrem do desenvolvimento cultural dos seres humanos, mas projectados em Deuses ou forças divinas. Estas projecções poderão ser ilusórias, na medida em que vão permitindo ao homem desviar-se dos seus insucessos e frustrações, canalizando a perspectiva de felicidade e recompensa para fora de si e, por conseguinte, resignando-se.

Estas idealizações identificadas por Feuerbach encontram outro nome em Marx (1975) que classifica a religião como “ópio do povo”. Apresenta os conceitos de religião como uma criação do homem, considerando-a uma ideologia (constituindo-se como consciência invertida da realidade) e cuja função será a de provocar uma realidade de opressão. A partir da postura marxista afirma-se o fim da religião, já que através da destruição das relações sociais que criaram a religião, isto é, desde a praxis, a religião poderia ser superada, as questões à volta da procura do sentido da vida e da história perderiam a sua razão de ser. Na prática, as exigências da estrutura económica impossibilitam qualquer “solidificação” dos vínculos criados e “tudo o que é sagrado é profanado”.

Por outro lado, Weber considera que o sistema económico moderno enclausura o homem na força irresistível da produção/consumo. Para Weber (1989), a sociedade moderna e industrial, regida pela razão instrumental, caminhava para um processo de crescente racionalização da acção. Weber entendeu que existe uma forte ligação entre o espírito da vida económica moderna e a ética racional do protestantismo ascético, ao passo que no catolicismo, pelo carácter intrínseco permanente das crenças religiosas, que têm por base certas impressões do quotidiano, demonstra-se a existência de um maior “alheamento do mundo”, cujos traços ascéticos levam a uma maior indiferença face aos bens materiais que circundam o homem.

Estas duas visões da sociedade moderna são provavelmente contraditórias mas, talvez o homem se tenha enclausurado numa teia da qual não consegue identificar qualquer

crenças e a moral, paralelamente à importância atribuída à racionalidade cognitiva e científica (Cf. o autor). A pertinência desta nota justificar-se-á quando abordarmos a questão da secularização.

elemento sólido de referência, e por conseguinte alarga a sua busca por um leque mais diverso de possibilidades.

Durkheim (2002) introduz uma visão cósmica do mundo com uma divisão entre os fenómenos sagrados e os profanos. Realça na religião o seu estatuto de factor de coesão social, considerando as cerimónias colectivas e os rituais como um reafirmar das solidariedades do grupo, isto é, do sagrado erguem-se as crenças, os ritos e os símbolos e, submetendo-se à religião, o homem submete-se à sociedade e, unido a esta através do religioso, aproxima-se dos outros, identificando-se de certa forma com eles e torna-se mais solidário. De qualquer forma, Durkheim separa analiticamente totalidade, sociedade e divindade, sustentando assim uma sobreposição às experiências individuais. A sociedade apresentar-se-ia como uma expressão da totalidade, confundindo-se com ela, e as consciências individuais jamais poderiam conceber uma totalidade superior. Enquanto Durkheim eleva a sociedade a uma espécie de primado ontológico, onde o indivíduo é visto apenas como um suporte de normas e valores que a ele se impõem, Weber recoloca a questão, considerando-a em termos de consciência individual, reconhecendo no indivíduo a capacidade de agir segundo o seu entendimento. Este posicionamento influencia, mais tarde, os posicionamentos de Peter Berger no que diz respeito à construção de sentido.

Considerando o lugar central que a religião ocupa em praticamente todas as sociedades pré-modernas, na perspectiva durkheimiana é fácil encontrar interpretações comuns da mesma realidade ou uma visão coerente do mundo. Nesta visão coerente assentam as bases de uma moral social, consciência e estado consciente que, por sua vez, cimenta a coesão do grupo, produz explicações acerca da origem do mundo e todos os seus fenómenos, constrói tabus e deveres de forma a legitimar a ordem social estabelecida ou, em oposição, legitima revoltas em nome de uma justiça superior. As explicações weberianas, por seu lado, concentram-se mais na acção humana que, inspirada por um sentido vocacional do indivíduo, ou seja, inspirada pelas tarefas ordenadas por Deus, deve ser professada e exercida por todos, como se as tarefas se tratassem de um mandamento ao qual todos se submetem para a glória do divino. Ambas pressupõem, na sua origem, a preocupação perante a progressiva irrelevância da religião para a coesão social: segundo perspectivas diferentes, entende-se que a religião perde a importância que tinha tido até então e a preocupação passa a centrar-se no que é que vai surgir no

espaço que ocupa para substituí-la, isto é, o que é que vai conceder coesão social às sociedades se deixar de existir o fenómeno religioso.

É importante referir um contraponto ao exposto até agora: as formulações de Stark e Bainbridge (1987), na sua *teoria da religião*, apresentam-nos um contraponto com a explicação sociológica assente apenas num factor, da forma como os clássicos da religião o fizeram. Assim referem os autores: desde a ilusão neurótica (Freud)³⁵, ao ópio do povo (Marx) passando pela sociedade como factor explicativo (Durkheim), Stark e Bainbridge atribuem às teorias clássicas um grande alcance explicativo, mas sem a necessária profundidade, chegando mesmo a referir alguns autores para os quais as conclusões a que, por exemplo, Durkheim chegou, são para eles insatisfatórias (por exemplo, Pickering, 1984). Nesta perspectiva, os autores clássicos dirigir-nos-iam por uma via única na forma de abordar o problema.

Stark e Bainbridge (1987) fazem ainda referência ao pensamento dos anos 60 que desembocava na ideia da extinção futura do fenómeno religioso em consequência da “democratização” do pensamento científico. Sobre este aspecto, um dos exemplos que Stark e Bainbridge referem é a afirmação do antropólogo Anthony F.C. Wallace (1966) que se traduz no seguinte: o futuro da religião é, de acordo com a sua evolução, a extinção. A crença em seres e forças sobrenaturais que são determinantes e influenciam a natureza, sem obedecerem às próprias leis da natureza, sofrerão uma erosão e tornar-se-ão apenas e unicamente interessantes memórias históricas. Esta extinção não acontecerá provavelmente nos próximos 100 anos, e certamente haverá sempre indivíduos, talvez até pequenos grupos de culto, que responderão ao sobrenatural através de alucinações, momentos de transe ou interpretações obsessivas. Mas como característica cultural, a crença no sobrenatural está condenada a desaparecer por todo o mundo, como resultado do aumento e difusão generalizada da resposta do conhecimento científico. A questão de que este desaparecimento será bom ou mau para a humanidade é irrelevante para este vaticínio, porque o processo é inevitável³⁶. Todavia nada disto veio ainda a verificar-se pois, segundo Stark e Bainbridge (1987), a religião é um factor

³⁵ Esta referência a Freud é colocada apenas na perspectiva dos autores. Não o consideramos neste enquadramento.

³⁶ Cf. Wallace, 1966: 265, in Stark e Bainbridge, 1987: 12.

importantíssimo na vida humana e podemos esperar que assim continue no futuro, pelo menos tanto quanto se pode vislumbrar (Stark e Bainbridge, 1987:12).

Quanto à estrutura conceptual da religião, uma perspectiva interessante é a de Bauman (1998) que a coloca num plano que intitula de embaraçoso, já que refere que todos sabemos o que é a religião até ao momento em que tomamos a decisão de a definir: o pensamento pós-moderno, ainda que sereno, tranquilo e aberto³⁷ não nos fornece as melhores definições acerca do tema. Todavia apontam como aspectos caracterizadores o sagrado, o transcendental, ou mesmo o “tremendo”³⁸. Apesar destes aspectos caracterizadores, a mente pós-moderna é, no seu todo, menos interessante do que a modernidade, pelo menos pela perspectiva de fechar as leituras do mundo numa grelha de categorias perfeitas e divisões bem talhadas (Bauman, 1998). Assim fará mais sentido propor um conjunto de características que nos permitam analisar o fenómeno religioso e mesmo a espiritualidade sem ter que os “enjaular”.

Nos nossos dias, segundo Savater (2007), *«as sociedades são heterogéneas, a religião não é já tão unânime como outrora e a oferta de crenças ou formas de devoção é cada vez mais plural: daí que os devotos e os crentes podem bem sê-lo por opção pessoal no seu mais íntimo foro»* (Savater, 2007: 47). De facto não é retirada a importância que a religião tem na vida dos homens, apenas se apresenta em diversidade. É importante, lembrando novamente Pareto (1968), não confundir o sentimento religioso existente nos homens com as formas de que ele se pode revestir. Ao manifestar-se como fenómeno oscilatório, a religião prende-se, com a sua recorrência directamente ligada a uma estreita relação, com a própria vivência do homem em sociedade, *«é uma explicação – física, metafísica e moral – de todas as coisas por analogia com a sociedade humana, sob uma forma imaginativa e simbólica. É, em duas palavras, uma explicação sociológica universal em forma mítica»*³⁹.

David Hume, que em 1757 escrevia a História Natural da Religião, assinalava duas características essenciais na religião: por um lado a invisibilidade de *Deus*, já que os nossos sentidos contam com o nosso apoio para nos manifestar algo mais que não é

³⁷ Perspectiva de Bauman (1998).

³⁸ Característica que Bauman transcreve de Rudolf Otto (1959).

³⁹ Cf. Guyau, J-M.(1925). L'irreligion de L'avenir. Paris, in Savater, 2007: 125

visível; por outro lado a inteligência humana, na medida em que, de forma subjectiva, projectamos a imagem de *Deus* em alguém, não em algo, acreditando que o invisível é real, tal como nós. As religiões expressam, desta forma, e a partir do fornecimento do sentido, os valores, as experiências e os anseios humanos e contemplam na sua expressão a complementaridade desejada entre o que é visível e o que é invisível: o primeiro apoia-se no segundo, ao passo que este último lê e reformula o primeiro.

O fulcro da crença religiosa reside no cumprimento compensatório dos desejos humanos (Feuerbach, 1841) e o desencantamento do mundo afirma-se com a eliminação de procedimentos mágicos e com o esgotamento do domínio do invisível ou o esgotamento da projecção imagética de *Deus*. Sobre este aspecto, é interessante referir, ainda que de forma transversal ao campo em que se desenrola a guerrilha do conceptual, que o conceito de “desencantamento do mundo” revela a ideia de um abandono da magia e de uma aproximação da racionalização do pensamento, ou de forma mais precisa, o conceito de “mecanismo de desdivinização do mundo”, conforme nos explica Pierucci (2003): Weber separa «*o conhecimento e da dominação racional do mundo natural*» das «*experiências místicas individuais, inexprimíveis, incomunicáveis, inefáveis, cujo conteúdo indizível permanece “como o único Além ainda possível junto ao mecanismo desdivinizado do mundo”*» (Pierucci, 2003: 30, 31)⁴⁰. Por outro lado Kolakowski (1990) questiona-se acerca da possibilidade de evitar simultaneamente um viver entorpecido pelo quotidiano, indiferente aos abismos míticos, e um viver atordoado pela certeza mortal do mito. Perante a exaustão e perante a dúvida, importa encetar a exploração da essência desta projecção imagética de *Deus*⁴¹.

Deus nasce no caos ou na tentativa de reorganizar com lógica toda a vida quotidiana (Eliade, 2006). Todos os actos humanos são, a partir do caos, da desordem e da necessidade de reorganização, uma introdução simbólica, mais do que efectiva, da ordem, da lógica, da sucessão de acontecimentos com sentido. A imagem da onipotência divina torna-se visível na construção das sociedades, na definição do

⁴⁰ Em dezassete passos, Pierucci dissecou o conceito de Weber em perda de sentido, desmagificação, ou o somatório destes dois, ao longo da análise das diferentes referências weberianas onde o conceito aparece.

⁴¹ Não se pretende iniciar aqui uma teodiceia, no sentido de indefinidamente se tentar encontrar Deus. Será sim uma teodiceia na medida em que assentará na configuração de valores supra-ordinais que se transformam em sistema de valores, de modo a que se apresente com o melhor sentido possível, a conduta do indivíduo na sua relação com a comunidade quer na vida quotidiana, quer nas várias situações de conflito e conseqüente superação, em realidades que transcendem a vida quotidiana.

binómio espaço-tempo, na organização das estruturas de suporte (aldeias, vilas, cidades), onde os Deuses ocupam o centro e de onde todo o universo se origina, estende e desenvolve. E o homem, que nesta organização é totalmente religioso, deseja permanentemente «*viver o mais perto possível do Centro do Mundo*» (Eliade, 2006: 56). O homem moderno, como o antigo, é tentado a fazer de *Deus* uma simples projecção do ideal humano. A inteligência do homem não vai além do destino: destino abstracto e impessoal, como força cósmica que atrai todos os seres e os conduz para uma finalidade pré-determinada (Fernandes, 2001). Não deixa de existir lugar para a memória do caos, como se o caos constituísse por si uma bolsa de redenção com o imperativo de reorganização, simplesmente o homem desloca-se aí para conferir a essência da sua projecção de *Deus*. Desta forma, *Deus* torna-se a explicação mais provável para o inexplicável, é o reduto dos desejos humanos e uma fonte de inspiração para os actos dos homens.

Reforçamos esta proposta de pensamento com o que nos diz Angelini (2005): «*Um deus é, portanto, essencialmente um ser que satisfaz os desejos dos homens. Todavia, aos desejos do homem, pelo menos desse homem que não limita os seus próprios desejos à necessidade natural, pertence mais do que nenhum outro o desejo de não morrer, de viver eternamente; este desejo é o último e o supremo desejo do homem, o desejo de todos os desejos, como a vida é o compêndio de todos os bens; porque um deus que não satisfaz este desejo, que não supera a morte ou, no mínimo, a compensa com outra vida, com uma nova vida, não é um deus, pelo menos não é um verdadeiro deus, não corresponde ao conceito de deus*». E acrescenta ainda: «*Na representação, na doutrina, a teoria da imortalidade é apenas uma consequência da fé em Deus; na prática, porém, ou na verdade, a fé na imortalidade é a base da fé em Deus. O homem não crê na imortalidade porque crê em Deus, mas crê em Deus porque crê na imortalidade, porque sem a fé em Deus não pode dispor de um fundamento para a fé na imortalidade. Aparentemente, primeiro vem a divindade e depois a imortalidade; porém, na verdade, primeiro vem a imortalidade e em segundo lugar a divindade*»⁴², ainda que existam grandes religiões onde a ideia de Deuses e de espíritos está ausente ou o papel que

⁴² Cf Angelini, Franco.(2005-6). No nº 23 de *La società degli Individui*. Milão, pp 61-63, Da obra *Lições sobre a essência da religião – Gesammelte Werke*, Akademic Verlag, vol.6 Berlim 1967. In Savater, 2007: 80.

desempenham é secundário e apagado⁴³. Por conseguinte, o sentido atribuído aos Deuses, ou a imagem que temos da divindade, é um sentido que assume as características de reorganização da vida quotidiana, de explicação do provável para o improvável, cumpridor dos desejos de cada homem e de reduto de imortalidade a partir da fé. O nível de importância conferido a estas características consolidar-se-á, consoante a capacidade de cada indivíduo, e de cada sociedade, em adaptar-se às circunstâncias que os rodeiam a dado momento.

A projecção imagética do *Deus* acontece e justifica-se partindo da estratégia de diferenciação e estabelecimento daquilo que é sagrado e daquilo que é profano. O sagrado assume a característica de validação simbólica das experimentações culturais, sociais e políticas, sendo que estas são, por sua vez, criadoras de sentido. Sagrada será, assim, toda a divinização do humano e do terreno, através da consciencialização do seu princípio e da sua finalidade última e, do mesmo modo, são sacralizados valores e realidades capazes de promover no espírito das pessoas o sentimento de devoção e de exaltação. Sacralizamos algo quando o colocamos à parte, ao abrigo de técnicas gerais de transformação e, porque parecendo não conter valor, parece não conter qualquer utilidade, o que numa sociedade ou civilização⁴⁴ tecnocientífica que valoriza o prescindível ou trivial, deixa de ter qualquer importância, já que o sagrado parece ser totalmente oposto ao que constitui as minúcias da vida corrente. O que caracteriza o sagrado é o estar de maneira plena no mundo, sem poder ser reconhecido como meramente natural, e o seu reconhecimento é o que nos define como humanos, já que não é uma exigência dos humanos. A procura deste refúgio não tem necessariamente de ser incompatível com as formas mais exigentes de racionalismo. O retorno do sagrado poderá abrigar o indivíduo da racionalidade formal ou material de que a ciência e a técnica tendem a rodear a existência. Uma sociedade meramente tecnológica é insuficiente pois não estimula o sentimento religioso: como reforça Garcia (2007) referindo-se a Berlin, o saber tecnológico não será capaz, por si só, de fundar uma experiência constituinte da comunidade, porque é um tipo de sabedoria que tende a ignorar os aspectos que dizem respeito ao afectivo, ao religioso e ao carismático⁴⁵ (Garcia, 2007). O sagrado é então revestido de variadíssimas formas, modalidades e

⁴³ Durkheim, referindo-se ao budismo, advoga este pensamento.

⁴⁴ Uma civilização total pois o autor não considera a existência de diferentes civilizações.

⁴⁵ Cf. Garcia (2007).

significados, e mesmo hoje *«cada indivíduo é livre de delimitar, ele próprio, o seu campo pessoal do sagrado, de o cultivar, de o deixar sem cultura ou de não querer dele a menor parcela»*⁴⁶.

Durkheim (2002) reforça ainda mais esta noção de sagrado quando refere que *«por coisas sagradas não devemos entender simplesmente esses seres pessoais chamados Deuses ou espíritos: um rochedo, uma árvore, uma fonte, uma pedra, um pedaço de madeira, uma casa e, numa palavra, uma qualquer coisa, podem ser sagrados»* (Durkheim, 2002: 40).

Através do sagrado constrói-se um caminho que, na sua unidade, ameaça compor uma religião (Durkheim, 2002) e é esta construção, feita de elementos (crenças, ritos, representações de coisas sagradas), por vezes muito díspares entre si no que diz respeito à sua natureza ou finalidade, que nos faz reconhecer à religião um certo carácter pluralista. Em suma, *«as religiões são amálgamas de crenças diversas e não verificáveis, contos edificantes, tabus e profecias que inspiram a vida quotidiana de pessoas de todas as classes sociais (...). A mesma fé que para alguns constitui um estímulo poético e que lhes espiritualiza a vida de forma orientada para uma humanidade mais abrangente e mais compreensiva, funciona noutros casos como um obscurantismo fanático que incita ao extermínio e à perseguição implacável dos semelhantes»* (Savater, 2007: 146).

A necessidade do sagrado e do transcendente é, então, uma constante universal. A questão da transcendência ou imanência de Deus é comum em todo o pensamento religioso e inclui a questão da relação dos seres humanos, tanto com Deus como com o mundo. O homem procura alguma continuidade entre aquilo que compõe a sua individualidade, a sua vida em sociedade, o seu mundo biológico e psicológico e depois, tudo o que diz respeito ao intangível. Esta concepção da realidade é fluida e permeável, e toda esta concepção de sentido acontece não só em termos intelectuais, mas também sob a forma de experiência, ou seja, não basta só entender toda esta relação, há que vivê-la e experimentá-la.

⁴⁶ Cf. Luckmann (1969), in Fernandes, 2001.

Nas sociedades actuais convivem, então, diferentes abordagens e ligações face ao fenómeno religioso, talvez porque vivemos numa fase de desencantamento da política⁴⁷. Há uma necessidade de saber o que existe para além da vida comum de todos os dias e o sagrado é o que está para além da vida quotidiana, que nos transcende. Segundo Savater (2007), hoje em dia, o sentido do sagrado não se perdeu, foi desarraigado. Hoje vivemos na co-existência de diferentes situações e ideologias que afectam crentes e não crentes. É claro que um praticante que se preocupa mais com a teologia está menos vulnerável a estes temas que estão na ordem do dia, como o auto-conhecimento, as espiritualidades, o esoterismo, entre outras abordagens. Os indivíduos não deixaram de sacralizar: o sagrado está completamente presente a todos os níveis, vai para lá do religioso, encontra outras raízes e atribui-lhes outros significados. Há uma reorientação para aspectos que podem qualificar-se como tal, há até momentos em que o Estado surge ressacralizado⁴⁸. Os indivíduos fazem aquilo que entendem, sob o ponto de vista privado [e público também], mas depois o que querem buscar é essa sacralização da figura de alguém que está mais perto de Deus. Isso sacraliza a própria sociedade. Nas sociedades contemporâneas, secularizadas, pelo menos no plano teórico, podem existir momentos de ruptura em que os indivíduos necessitam de sacralizar e recuperam instantaneamente esse património social e cultural, quanto mais não seja em circunstâncias efémeras. Há uma necessidade de fazer ressurgir o sagrado no plano das representações.

Quanto ao profano, indagamos a partir da simples ideia de que tudo o que lhe pertence não pertence à ordem divina: *«tudo quanto os Deuses ou os antepassados fizeram, portanto, tudo o que os mitos contam a respeito da sua actividade criadora, pertence à esfera do sagrado»*⁴⁹. *«Em contrapartida, tudo o que fazem de sua iniciativa própria, o que fazem sem modelo mítico – pertence à esfera do profano (...). Quanto mais o*

⁴⁷ Também as ideologias políticas, podem ter a sua escatologia, da mesma forma que o cristianismo tem uma escatologia bíblica. No caso do marxismo, por exemplo, também se considera poder existir, nalguns momentos históricos, o final dos tempos, digamos assim. Embora o nosso caminho não esteja a ser trilhado a partir deste cruzamento entre as escatologias religiosas e as escatologias políticas, não deixa de ser relevante referir que este é também um caminho muito interessante. Quando há uma fase de desencanto relativamente a um paraíso terreno, por via do racionalismo ou do positivismo, quando começa a existir esse desencanto, começam a existir novas procuras, daí que não seja difícil encontrarmos pessoas de esquerda com um percurso religioso ou, por outro lado, marxistas que procuram na expressão religiosa uma outra maneira de explicar e valorizar a sua existência. Esta situação poderá assim depender, como se disse, do momento histórico que se vive.

⁴⁸ Como foi o caso durante a visita do Papa Bento XVI em Maio de 2010.

⁴⁹ Lembramos desde já que outros factores entram na relação do sagrado e do profano, como o cosmos ou o tempo. A cosmogonia não será explorada (a não ser que alguma linha de investigação nos conduza para aí), todavia, apesar de não se considerar para já relevante para a linha de pensamento aqui apresentada, do último factor antes referenciado falaremos adiante.

homem é religioso, tanto mais dispõe de modelos exemplares para os seus comportamentos e acções. Por outras palavras, quanto mais é religioso tanto mais se insere no real, e menos se arrisca a perder-se em acções não-exemplares, “subjectivas”, e, em suma, aberrantes» (Elíade, 1956: 108, 109).

O indivíduo torna-se nele mesmo quando perpetua os mitos contidos nas tradições. Mas corre riscos, fundamentalmente na reactualização dos seus mitos, ao exacerbar o esforço para se aproximar dos Deuses. Nesta aproximação e imitação exprime-se o que Eliade (1956) classifica de “desejo de santidade e a sua nostalgia ontológica”, ou seja, a procura de novo sentido.

Na separação conceptual do homo-religioso – que crê sempre na existência de uma realidade absoluta que constitui o sagrado – e o homo a-religioso, residem traços que assentam na recusa da transcendência, aceitação da realidade e dúvida do sentido da existência (Elíade, 1956). É o indivíduo que se faz a si próprio e o sagrado não se apresenta senão como um obstáculo. Torna-se no quotidiano, com relativa facilidade, num homem profano.

A partir da premissa de que não existe religiosidade livre de emoções é pertinente, neste contexto, expor a abordagem biológica ao fenómeno religioso. Esta abordagem encontra em Fuller (2008) o seu principal defensor, classificando-a de posição neo-darwinista do pragmatismo americano. Fuller explora algumas das formas pelas quais a nossa natureza biológica molda a espiritualidade humana, onde muitos aspectos do religioso podem ser entendidos em termos do esforço do nosso corpo em reconstituir a realidade como parte do *continuum* de adaptação ao meio envolvente. Nesta perspectiva, a religião emerge em conjunto com a nossa herança genética adaptativa e evolutiva, isto é, a religião é uma resposta adaptativa, motivada pela odisseia do corpo no seu preenchimento de sentido e procura de perfeição.

É uma abordagem que abre as portas a uma possibilidade de interpretação do valor religioso num contexto funcionalista. Como orientação teórica, tanto nas ciências sociais como nas ciências naturais, o funcionalismo foca-se, não só no que são, especificamente, as actividades mentais, mas no que elas produzem. O funcionalismo acrescenta ao saber a maneira como os organismos se adaptam ao mundo social,

económico e moral em que habitam. O valor deste estilo de percepção ou estilo cognitivo determina o nível que permite aos organismos funcionar efectivamente e de forma saudável, nos ambientes naturais e sociais alargados.

Os indivíduos estão programados para viver, procurar prazer e evitar a dor, no sentido biológico do termo, e possuem um corpo que funciona para estes propósitos. Desta forma, construímos o mundo para que nele se possa actuar, respondendo aos nossos desejos biológicos e construímos modelos do mundo que ampliam e transcendem os limites observáveis impostos à nossa existência. A imaginativa experiência da construção religiosa vê um mundo que contém recursos sobrenaturais, ou mesmo, o sentido último da nossa vida. Por conseguinte, considerar que a religião surge da experiência corporal é considerar que ela serve os propósitos biológicos da construção dos modelos do mundo, ou do mundo próprio de cada um, que conduzem as nossas necessidades corporais e as nossas aspirações.

A experiência corporal inclui situações que Tracy (1978)⁵⁰ descreve como tendo uma dimensão limitada: o que distingue o pensamento como pensamento religioso não é o evocar de imagens de algo sobrenatural, mas sim reconhecer um horizonte que é insusceptível de se reduzir a formulações baseadas no sensorial. A experiência corporal torna-se distintamente religiosa, principalmente nos pontos em que um indivíduo reconhece um certo limite ou o horizonte da sua própria existência. Algumas destas experiências acontecem quando nos apercebemos que não possuímos os recursos em nós para afectar a totalidade (no sentido de qualidade divina, perfeição), e quando somos confrontados com os nossos limites ou finitude.

Fuller (2008) socorre-se ainda de Berger (1969)⁵¹ ao lembrar que a teoria sociológica deve, de acordo com a sua lógica, ver a religião como uma projecção humana, e por essa mesma lógica, não pode ter nada a dizer sobre a possibilidade dessa projecção se referir a outra coisa que não a existência do seu próprio “projector”. Deste modo, a compreensão científica da condição humana pode oferecer algum material bruto para as reflexões sobre a religião. Esta visão coloca ainda em causa os métodos tradicionais de observar este fenómeno, uma vez que não reduz a religião a actividades causais do

⁵⁰ Referido em Fuller (2008).

⁵¹ Idem.

mundo material, considerando-as serem, elas próprias, manifestações de uma realidade cósmica mais ampla. Os nossos corpos constroem mundos sagrados talvez porque eles mesmos são sagrados.

As nossas naturezas biológicas são substantivamente espirituais, ou seja, elas incorporam o propósito criativo das finalidades ou causas últimas do universo. Apesar de tudo temos consciência de que vivemos num universo que não criámos. Para um indivíduo que não valorize o religioso, a vida não tem uma finalidade última, ao passo que um indivíduo que vive algum tipo de relação com o transcendental acredita que algo de significado último é expresso na sua existência corporal. Em nenhum momento Fuller (2008) ignora todo o espectro sociológico e cultural da religião, referindo-os sistematicamente e acrescenta que apesar do religioso não ser verificável como uma ciência, ele é consistente com as necessidades práticas do nosso dia-a-dia, como indivíduos.

Em suma, os percursos de cada indivíduo nunca são muito diferentes das suas bases identitárias e, por conseguinte, a forma como se relaciona o transcendente revela, nos diferentes momentos da sua vida, as circunstâncias que o rodeiam. Assim, quando o sagrado é essência, a identidade é providencial, quando o sagrado é ficção, a identidade é individualista e quando o sagrado é construção, a identidade é sócio-cultural (Prat, 2007). Hoje, e na perspectiva que referíamos no ponto 1 deste capítulo, toda a reconstrução simbólica do divino é caracterizada pela circulação gerada pelo desenvolvimento económico e social e pela globalização e, por conseguinte, vive das trocas, confrontos e confluências culturais, permeabilizando o indivíduo, a sua identidade, as suas escolhas, as suas relações com os outros e a sua relação com o sagrado. Torna-se difícil, então «*encontrar religiões em estado puro*» (Pace, 2010), uma vez que a religião estará sempre ligada, conforme se referia, à vivência do homem em sociedade. Hoje, as condições de vulnerabilidade, instabilidade, imprevisibilidade e precariedade que o homem experimenta, exigem-lhe um esforço de adaptação, diferente da dos seus antepassados, criando «*sistemas de crença que inventam novas linguagens simbólicas, recompondo ao mesmo tempo estratos simbólicos pré-existentes*» (Pace, 2010: 33). E assim emerge das cinzas uma nova ordem religiosa e social.

Capítulo III

Templo-Hospital ou sacralização de práticas

Introdução

Referíamos anteriormente que os nossos corpos edificam mundos sagrados porque são, eles mesmos, homologados como tal (Eliade, 1956). O corpo material, propriedade individual, é controlado e monitorizado por cada um para poder interagir com outros. Os indivíduos apresentam e gerem o seu corpo de acordo com o vocabulário partilhado, carregado de significados: o corpo torna-se o mediador da relação entre a identidade individualizada e a identidade social, é o roteiro da vida vivida, percorrido pela vida contada. Consequentemente, os significados sociais da expressão do corpo são um factor de extrema importância no sentido individual da imagem de si, bem como os sentimentos relativos quer a si mesmo, quer ao seu corpo.

O corpo com saúde é aquele que corresponde com exactidão a todas as exigências que o conceito de saúde requer a dado momento. Na medida em que as sociedades evoluem, evoluem também as expectativas criadas à sua volta, de acordo com as diferentes épocas, tornando as nossas atitudes francamente ambíguas face ao estado de saúde e ao estado de doença, valham o que elas valerem em cada sociedade e em cada época. Um modelo metafórico para um tipo de corpo disciplinado é o modelo das ordens monásticas, nas quais um estilo de vida arregimentada e ascética fornece todos os meios para a salvação. E, neste contexto, a dimensão ética referir-se-á aos meios pelos quais os indivíduos constroem, decifram e actuam neles mesmos, em relação ao que é verdadeiro e falso, permitido e proibido, desejado e indesejado. Na saúde, o indivíduo é politicamente mandatado para o dever de ser o construtor de si e do seu estado saudável. A sociedade motiva-o para isso. Na doença o indivíduo é invadido por fenómenos externos que entram no corpo ou internos que se transportam no corpo, levando o indivíduo a reclamar o seu corpo de volta, expelindo a doença como uma coisa indesejável⁵².

⁵² Esta noção de exorcismo coloca-nos numa dimensão mágica da doença, cuja causa poderá ser a acção de outrem, através de um feiticeiro, ou numa dimensão religiosa, cuja causa se encontra na origem divina, representada em expressões verbais das pessoas quando alguma coisa lhes acontece, de que é exemplo a

A doença é frequentemente vista como uma “visita inesperada”, uma realidade em movimento, com frequência progressiva, cuja característica mais geral e constante é a de provocar um desequilíbrio nas funções do organismo, de modo a comprometer a harmonia que caracteriza o estado de saúde. Quando o desequilíbrio é muito significativo chega a comprometer funções vitais essenciais, inclusive o perigo de morte. Apesar de não ser uma premissa universal, já que para as diferentes doenças devemos considerar quer a sua gravidade, quer o seu prognóstico (umas têm cura e outras não) ou mesmo o tipo de soluções terapêuticas que são apresentadas a partir do diagnóstico, a doença cria no indivíduo uma situação de colapso. O doente vive, primeiro, dependente do diagnóstico, depois dependente da evolução da situação da doença, mas fundamentalmente vive sempre dependente da incógnita do futuro. Esta dinâmica de incerteza origina uma série de reacções que se convertem numa espécie de radiografia biográfica de quem é afectado. A experiência da doença constitui-se sempre numa experiência de sentido. No fundo, é encontrar-se com uma situação em que o ser humano percebe que a sua existência é finita, impotente e frágil.

Quando predomina a representação de que a doença resulta da força de espíritos malignos faz-nos compreender a diversidade da construção do conceito ao longo dos tempos: em primeiro lugar, entendendo-a como um fenómeno sobrenatural, ou colocá-la na esfera religiosa, sob o regime do “pecado”, considerando este regime como a forma que a religião possui de regular o corpo humano, através das suas práticas rituais, com o objectivo de desenvolver a nossa existência espiritual humana (Turner, 1987); em segundo lugar, passando pela possibilidade de observá-la no corpo sob o ponto de vista da medicina experimental (característico do período pós-renascentista), ou considerando, mais tarde, as experiências de Pasteur e a atribuição causal das doenças aos microrganismos (teoria dos germes), até à identificação dos genes, eles mesmos portadores de doença, através da medicina genética.

expressão “Que mal fiz eu a Deus”. Estas dimensões revelam as ténues fronteiras, que ainda existem no imaginário colectivo, entre a medicina, a magia e a religião, cuja exploração prática encontramos em jornais, internet, entre outros meios. Será todavia importante ter presente a distinção que efectivamente existe entre elas, nomeadamente a medicina, baseando o seu saber na experiência científica, a magia, cuja acção se verifica a partir do secretismo, dotada de uma orientação instrumental, e a religião, cuja acção se verifica a partir das instituições religiosas, baseando-se mais na contemplação (Mauss, 1904).

A doença é a metáfora do desequilíbrio em contraponto à metáfora da ordem, representada pela saúde, sendo que esta utilização metafórica vai um pouco mais longe, utilizando muitas vezes algumas doenças como referenciais, por vezes negativos, como é o caso do doente com cancro ou do doente com sida; outras vezes como metáforas mais edificantes, no sentido de serem constitutivas dos estatutos e dos privilégios associados: assim foram construídas várias metáforas como, por exemplo, a que se relaciona com a tuberculose⁵³, pois esta doença promovia a intelectualidade poética ou a criatividade, fundamentalmente em indivíduos que tivessem uma condição socialmente favorecida (Sontag, 1998). Estas construções metafóricas manifestam-se nas mais variadas aplicações, desde a literatura à linguagem mais comum do quotidiano e encontra nas referências à tuberculose ou ao cancro ou à sida, os contextos mais utilizados. É não deixar de lado um «*olhar mais depurado*» (Sontag, 1998: 11) e não resistir ao pensamento metafórico, porque somos, no pensamento e no discurso, recorrentemente contaminados pela facilidade das expressões que são constitutivas das ideias e representações sobre as doenças.

Na tarefa de explicação das metáforas utilizadas, com o objectivo presente de se considerar que esta metaforização do pensamento e da linguagem deve ser evitada e mesmo abolida. Sontag (1998) revela vários exemplos bastante interessantes das utilizações destas metáforas: na política, nas ideologias, nas reconfigurações urbanas, ou até na espiritualização da própria situação de doente. Nalgumas utilizações da espiritualização da doença, é interessante referir, pela ligação que tem ao objecto desta tese, a expressão que se encontra no diário de Katherine Mansfield: “Não tenho controlo do meu espírito”. A expressão foi escrita um ano antes da sua morte, e conduziu ao abandono do tratamento físico porque a autora tinha a total convicção de que a sua saúde dependia do seu estado espiritual⁵⁴. Considerando a natureza deste capítulo, é natural que recorramos ao discurso metafórico. Ao fazê-lo, tentamos acautelar a utilização da imagem metafórica, uma vez que a sua utilização, não só pode acautelar as intenções classificatórias dos discursos, como também pode prevenir a ingerência de uma visão estigmatizante do indivíduo doente.

⁵³ Outras doenças encontram-se a par da tuberculose como exemplos da construção metafórica: Peste, Lepra, Cancro e Sida.

⁵⁴ Cf Sontag, 1998: 56.

É também importante salientar o triplo entendimento que circunda as expressões anglo-saxónicas que habitualmente traduzimos para a língua portuguesa por doença, principalmente porque nos ajudará a contextualizar alguns importantes aspectos deste capítulo. Falamos de “disease”, “illness” e “sickness” (Turner, 1987). Na sua origem etimológica, “disease” é literalmente a ausência de facilidades, reflectindo uma ideia de impedimento dos movimentos e desordem. Hoje centra a sua definição numa disfunção específica, que revela sinais ou sintomas, e tem origem numa localização também ela específica. É a doença no seu sentido objectivo. Trata-se do lugar da categoria nosológica. Por outro lado, a palavra “illness”, cujo sentido evoluiu de conceitos como a “imoralidade” ou “depravação”, revelando uma estrita relação com o conceito de “mal”, sendo que a partir do século XVII começou a associar-se ao estado de doença, ou de má saúde. Atkinson (1995), relativamente à distinção entre “illness” e “disease”, cita a formulação de Bond e Bond (1986, 200): são conceitos distintos, por um lado “disease”, a patologia, o conceito médico que se manifesta por um conjunto de sintomas. A presença ou ausência da doença (disease) é determinada pelos profissionais da medicina. O médico, ao utilizar um corpo de conhecimentos, reconhece uma doença no indivíduo. Por outro lado “illness”, que é definida como a experiência de ter ou não saúde, de se sentir bem ou mal fisicamente. Este estado é determinado pelas reacções do indivíduo aos sintomas que experimenta. Por sua vez, o conceito “sickness” revela a condição em que o indivíduo se encontra, traduzindo o facto de se encontrar afectado por uma doença, de se encontrar num estado de ausência de saúde. Este conceito é visto a partir da percepção individual das possibilidades de recuperação, a partir do que está previsto nas normas e regras de cada sociedade sobre capacidades/incapacidades, sobre normal/patológico.

No palmilhar que temos feito ao longo desta pesquisa, fundamentalmente quando nos colocamos sob a perspectiva disciplinar que advém do olhar sociológico da saúde, tenderemos a aproximar o olhar para a perspectiva do doente, a quem é diagnosticada uma doença e que vive as circunstâncias que essa condição acarreta, bem como o olhar para os contextos objectivos que encerram os processos terapêuticos, onde encontramos os agentes, as actividades e as concepções sobre a terapia que os reúne funcionalmente num processo de trabalho, mas também os diferencia quanto à posição que ocupam nesse processo, a que estão associados diferentes graus de autonomia e poder. É portanto o incorporar de uma perspectiva que se distancia dos valores meramente

médicos e das necessidades que as profissões de saúde acarretam. O olhar torna-se então moldado por aspectos mais subjectivos, muitas vezes de natureza psicológica ou cultural que são decisivos para o estado de saúde de cada indivíduo. Afastamo-nos claramente da doença (*disease*), como conceito descritor das disfunções fisiológicas e biológicas, mas temos presente quer a análise dos papéis sociais apropriados à condição determinada pela doença diagnosticada (*sickness*), quer à própria percepção individual e subjectiva da disfunção (*illness*). É evidente que não nos cabe aqui proceder a uma análise da situação individual, guardado que está o papel da análise para a psiquiatria, psicologia ou psicanálise; todavia quando o confronto do diagnóstico traduz ou provoca um questionamento sobre o sentido da vida e da existência e, nesse sentido provoca uma redefinição do papel social do doente, não deixamos de nos apoiar, quer num quer noutra conceito. É também evidente que este tipo de análise desvia a atenção para o papel das escolhas, significados e agencia na experiência da doença (Cf. Turner, 1987) que envolve:

- uma análise filosófica da ideia de doença como interpretação médica da realidade;
- uma avaliação crítica trans-objectiva da sua natureza, através de uma perspectiva da sociologia do conhecimento acerca das categorias referidas (*Disease, Illness, Sickness*);
- uma análise crítica da história do discurso médico (adiantaria até, dos discursos dos profissionais de saúde) como legitimação do poder das práticas médicas;
- o carácter da construção social das doenças “instituídas”, estabelecendo a ligação com as relações de poder que se manifestam na sociedade;
- a história da transformação do discurso da doença em relação à estrutura social, particularmente um questionamento da relação entre as metáforas do corpo, da sociedade e da disfunção;
- a aproximação a um conjunto mais amplo de questões de ordem social e considerar a hegemonia do papel dos valores médicos e instituições que regulam a doença e as disfunções;
- considerar as diferenciações da medicina (a par da lei e da religião) como forma de controlo social para o controlo do desvio e a preservação da norma (Cf. Turner, 1987).

Estar doente é fundamentalmente um condicionamento social do quotidiano, mais do que a definição restrita da disfunção bioquímica do organismo.

Os pressupostos apresentados sustentam a componente teórica que queremos explorar nesta parte. Assim, reflectiremos sobre as possibilidades de reconfiguração espiritual motivada pela existência da doença. O corpo é reflexo tanto de que equilíbrios como de desequilíbrios, de ordens e desordens, é mediador entre a ordem biológica e a ordem social e concentra inúmeros percursos possíveis, que desembocam em vários destinos prováveis: cura, cronicidade sustentada, morte, simbolicamente envolvidos nas ideias de redenção e de salvação. Reflectiremos também sobre o facto de o homem de hoje viver sem a imortalidade, ainda que anseie por ela. Este desejo manifesta-se na adopção de comportamentos que provocam a sensação do retardar da evidente finitude.

1. O corpo santuário e a existência tutelada

Torna-se, então, importante reflectir sobre a existência corporal como algo que é tutelado, ao mesmo tempo que o colocamos numa extensão do sagrado, definindo-o como um santuário.

Fuller (2008), a partir das emoções, e fundamentalmente da ideia de que as emoções mobilizam o indivíduo para a acção, constituindo assim um sistema motivacional primário para os seres humanos⁵⁵, salienta que o importante será perceber quais são os contributos únicos da base biológica dos genes ou quais são os contributos únicos da base sócio-cultural, sendo que as emoções variam de acordo com as circunstâncias pessoais e contextuais.

Neste sentido, as emoções redireccionam a nossa actividade vital e, porque o fazem, direccionam os nossos interesses, ordenando e construindo os nossos objectivos, influenciando a nossa percepção e cognição, levando-nos a rever tudo aquilo que nos rodeia, a focar a nossa atenção, seleccionando os dados que se nos apresentam consoante a sua relevância para a nossa sobrevivência e interesses mobilizadores. Enquanto tudo isto se processa, os nossos corpos vão registando as incoerências culturais com as quais se vai confrontando. As necessidades e interesses vitais do indivíduo, ao serem atingidas pela cultura e o ambiente externo, projectam-se no corpo

⁵⁵ Fuller analisa este aspecto a partir de Izard, Carol (1977). *Human Emotions*. New York, Plenum.

e, sendo negativas, tornam-se doença. O corpo determina então, como objectivo, eliminar as fontes que causam esse mal-estar, e procura, em alternativa, uma fórmula que o liberte do espectro da mortalidade, quer através da procura do transcendente divino, quer através dos elementos que a sociedade oferece, credíveis quanto à sua satisfação, suficientemente confiáveis ao ponto do indivíduo envidar todos os esforços para o atingir. Essa atitude confere-lhe o sentido que necessita na sua vida.

O indivíduo ao sentir-se doente (illness) e, fundamentalmente, ao experimentar a dor que essa condição provoca, cede a ímpetus mais radicais de reconstrução cultural ao procurar, por exemplo, experiências religiosas mais inovadoras. A dor pode, assim, significar uma mudança transcendental para o indivíduo. Fuller (2008) vai mais além nesta análise ao referir que as reconstruções culturais mais radicais são, de facto, baseadas na experiência individual do corpo em sofrimento. A estas reconstruções culturais McLoughlin (1978) chamou de movimentos de revitalização, propondo o conceito como uma explicação de entendimento de episódios de renovação cultural.

O pensamento cartesiano, ao separar o corpo da mente, impede-nos muitas vezes de pensar no todo orgânico e de como uma entidade pode afectar a outra. Nesta medida, e nesta perspectiva que faz convergir a biologia e a cultura, consideremos a dor como experiência única para cada indivíduo que sofre, uma vez que combina eventos sensoriais e emocionais. A dor não é um evento isolado, é antes um fenómeno idiossincrático, marcado especialmente pelas diferenças emocionais de cada um, revelando ligações entre as nossas células nervosas e a nossa biografia. Não só desenvolvemos as nossas estratégias idiossincráticas na catalogação e resposta aos estímulos sensoriais, como o fazemos também ao filtrar esses sinais pelo sentido cultural que assumem, uma vez que quase todas as culturas fornecem aos indivíduos maneiras de lidar com diferentes situações traumáticas (Fuller, 2008).

A dor, enquanto miscelânea de factos biológicos e consciência cultural, surge na zona “cinzenta”, onde as sensações se tornam representações e a consciência é experimentada no corpo: as ligações entre a dor corporal e as construções teológicas dão-se nesta zona; esta é aliás a zona onde as sensações se tornam representações e a consciência é experimentada ou somatizada pelo corpo (Glucklich, 2001). Por sua vez, o corpo fornece respostas adaptadas à sua própria linguagem, a linguagem das emoções,

posturas corporais e até concepções metafóricas. Para esta área cinzenta ser estudada temos de continuar a contrapor as perspectivas disciplinares da biologia e do construtivismo cultural. Na biologia, a dor é baseada na actividade biológica, o construtivismo cultural torna a dor directamente inacessível; a partir da biologia somatizamos as experiências, a partir do construtivismo cultural temos acesso ao discurso da dor, à sua construção social e cultural. A experiência corporal, incluindo a dor e as suas representações, é uma mistura de factos biológicos e de consciência cultural.

Segundo Glucklich (2001) a dor inicia um conjunto de mudanças, tanto fisiológicas como psicológicas. Glucklich refere que a «*dor enfraquece os sentimentos do indivíduo tal como ele é, fazendo com que o próprio corpo se transpareça, facilitando a emergência de uma nova identidade*» (Glucklich, 2001). Os episódios de transformação identitária podem, assim, emergir durante períodos de rápida mudança social e elevada incerteza. Por outro lado, a dor cria uma ausência corporal e cria condições para uma nova presença. Glucklich (2001) explica como a dor produz mudanças cognitivas e emocionais diversas. Estas mudanças nos nossos pensamentos e sentimentos necessitam de uma transformação no sentido identitário do indivíduo, suas prioridades e motivações. A este nível, a dor desencadeia um processo de mudanças fisiológicas e psicológicas que se podem caracterizar como processos de morte e renascimento⁵⁶. A dor, ao encetar essa transformação identitária, pode conduzir a uma reconfiguração religiosa do indivíduo, ligando-o a realidades transcendentais. Segundo Lakoff e Johnson (1999), a maioria do nosso pensamento, neste sentido de resposta à transformação motivada pela dor, é metafórico. A dor e o estar doente, não só registam uma disfunção, como também fundam imagens que expressam o desejo pelo novo, por posturas mais funcionais relativamente à existência.

Reich (1949)⁵⁷ assume também uma perspectiva, no que respeita a esta composição biológico-cultural. Quando se refere à linguagem corporal, nomeadamente na maneira como o indivíduo se protege, criando mecanismos de defesa, refere-se a estes mecanismos como sendo constitutivos de uma armadura de carácter. Esta armadura defende o indivíduo tanto de ataques exteriores, como de desejos e urgências interiores.

⁵⁶ Como também Elfade observou nos estudos que realizou.

⁵⁷ Seguidor da psicanálise Freudiana.

Considerando que o corpo e a mente são um todo, ele defende que as nossas expressões corporais podem revelar a nossa própria personalidade: os mecanismos expressam-se não só psicologicamente, mas também por gestos e tensões musculares e estes métodos revelam uma linguagem que expressa as estratégias do corpo em proteger-se contra experiências dolorosas. Um dos seus seguidores, Lowen (1975), virá posteriormente a considerar a saúde como a capacidade de tornar aprazíveis as nossas respostas ao meio ambiente, numa teoria reformulada pelos princípios básicos da ergonomia e bioenergia.

Relativamente às preocupações pelo corpo, tão características das sociedades modernas e pós-modernas, Giddens (1992) salienta uma explicação que se refere à geração do biopoder: o corpo converte-se num foco de poder administrativo, que deve ser controlado. Mais do que isso, o corpo é o veículo visível do indivíduo, da sua própria identidade e encontra-se crescentemente integrado nas decisões acerca do estilo de vida de si mesmo: a responsabilidade sobre o desenvolvimento e a aparência do corpo está nas mãos do seu portador (Giddens, 1992). Este caminho não surge de forma espontânea: é uma evolução que decorre de duas das *«principais formas sob as quais evoluiu o poder sobre a vida: uma centrando-se no “corpo como máquina” (na sua disciplina, na optimização das suas capacidades, na extorsão das suas forças, no incremento da sua utilidade e docilidade e na integração da sua eficiência em sistemas de controlo económico), cuja administração se encerra no funcionamento das disciplinas científicas, vistas como tecnologias de poder; a outra centrando-se no “corpo como organismo” (a propagação da espécie humana, a natalidade e a mortalidade, os níveis de saúde das populações, a esperança de vida e a longevidade), cuja regulação opera através de novos métodos de cálculo racional da vida. A partir desta tecnologia bipolar, a “anatomo-política do corpo” e a “bio-política da população”, desenvolveram-se a individualização anatómica e a especificação biológica, como dois processos estruturais que marcaram a consagração da era do biopoder, ou seja, do poder cuja função se maximiza no investimento progressivo sobre a vida.»* (Carapinheiro, 2005: 386).

Estas duas concepções do corpo surgem a partir dos contributos de Turner e Foucault (Cf. Carapinheiro, 2005), cuja *«especificação das abordagens (...) fornece os elementos mínimos de contextualização histórica do projecto moderno de medicalização dos corpos, que tanto a medicina científica como a medicina social asseguravam. As*

tensões que entre elas se estabeleceram não eram da ordem do projecto político de controlo social que reclamava a concertação das suas práticas, mas sim de ordem do projecto científico que o sustentava. É justamente em nome da autoridade deste projecto que se instituiu a assimetria de poder entre ambas as formas de conhecimento e de intervenção e se consagrou o paradigma biomédico da medicina europeia ocidental como dominante.» (Carapinheiro, 2005: 391).

Embora Foucault se tenha interessado em examinar a relação entre o discurso médico e o exercício de poder na sociedade, a sua teoria colocou a descoberto um contributo interessante na reflexão sobre o corpo. Encontramos este contributo na relação que Carrette (2000) tenta estabelecer entre sexualidade e religião. Carrette (2000) estabelece o conceito de corporalidade espiritual no vasto trabalho de Foucault, a partir da sua utilização do surrealismo enquanto precursor do pensamento do pós-estruturalismo moderno. O conceito de corporalidade espiritual propõe a criação de um novo espaço de pensamento.

O espiritual aparece como uma série de experiências teorizadas que nem são simplesmente metafísicas, nem são psicológicas, mas constituem um imanente processo de mudança nos limites da racionalidade, que envolvem, talvez uma relação com um *self* enigmático, numa primeira fase, e político-ideológico, numa segunda fase. Carrette (2000) reconhece que na obra de Foucault, o uso da palavra espiritual corresponde à criação de alguma tensão localizada nos eventos silenciosos da loucura, dos sonhos, do jogo da linguagem e, mais tarde do conteúdo político do contexto religioso. Revela franjas marginais da questão religiosa (Carrette, 2000), e advém da cultura surrealista que lhe permitiu a construção de três importantes ideias:

- uma prende-se com a sua capacidade de encontrar os recursos necessários para valorizar o outro e reconstituir o silêncio;
- a outra permitiu-lhe reposicionar criticamente a linguagem da espiritualidade por entre novas políticas de experiência;
- e em terceiro lugar, em complemento da segunda ideia, o surrealismo criou-lhe a possibilidade de localizar o corpo no centro do contexto espiritual.

Em cada caso, o espiritual é minuciosamente feito de acordo com uma oposição entre o sagrado e o profano e, mais importante ainda, a noção de espiritual desafia a

categorização da experiência no formato exclusivamente religioso. O surrealismo veio, de facto, promover os instrumentos necessários para descobrir os fragmentos silenciosos de uma tecnologia religiosa coerciva (o exemplo mais evidente no catolicismo será o do sacramento da reconciliação, vulgarmente conhecido entre os católicos por “confissão”). As disrupções surrealistas, o uso da linguagem, os silêncios enigmáticos, o riso e a tentativa do uso de uma racionalidade (disruptiva) criaram um novo espaço no pensamento. O entendimento e interpretação deste novo espaço trouxeram Foucault para o centro do pensamento religioso, mais ainda, trouxeram-no para o centro do problema do espiritual. O espiritual parece emergir em pontos de incerteza, ambiguidade ou até de ruptura total, como zona conceptual para localizar o indefinido ou o conceptualizado não familiar (Carrette, 2000). Representa todo um território, bastante disputado, no qual os intelectuais lutam com o misterioso e com o desconhecido.

Da viagem foucaultiana é possível ainda identificar duas questões fundamentais nesta incursão pelo corpo: por um lado, pelo facto de a religião ser um fenómeno social, por outro lado, porque torna o pensamento corporizado numa questão filosófico-teológica, ou seja, de um lado colocaremos esta preocupação fundamental com a prática social que a religião representa, do outro lado colocaremos toda a reflexão corporizada que, de certo modo, vem desafiar esta oposição entre as crenças e as práticas e abrir a possibilidade de criar uma relação criativa na exploração da crença como forma de moldar o próprio corpo (Carrette, 2000) ou, até certo ponto, reconstruí-lo. Estas questões permitem-nos realçar a importância das representações simbólicas na construção da realidade social, em geral, e na religião em particular.

O espiritual em Foucault envolve a transformação do indivíduo. É a tentativa do sujeito em aceder a um modo de ser. Refere-se à construção do indivíduo através de uma série de relações de poder que dão forma à vida, ao corpo e ao *self*. As crenças religiosas, as cerimónias e os rituais habilitam essas relações de poder e mantêm o sistema de controlo através de mecanismos de autoridade (pastoral e eclesiástica, digamos assim), como da mesma forma a racionalidade científica, cujo poder foi expandido pelas ciências sociais, disponibilizou «*novos modos e novas técnicas de controlo e vigilância dos corpos individuais e das populações.*» (Carapinheiro, 2005: 395).

O corpo constituiu-se ele mesmo um santuário, fundamentalmente quando o indivíduo se vê confrontado com um determinado diagnóstico. Nessa altura, o corpo assume o lugar de protagonista. Constitui-se um santuário e não um templo porque o santuário é a parte mais sagrada do templo, ao mesmo tempo que se evita qualquer *«noção moralizadora e poética enunciada por São Paulo que compara o corpo a um templo»*, o que, eventualmente, pode constituir-se como uma *«metáfora antiexplicativa»* (Sontag, 1998: 102).

Ao voltar a si o indivíduo não se apercebe se perdeu a tutela da sua própria existência ou se lhe foi retirada, uma vez que, nem que seja por apenas alguns momentos, ela passa a ser tutelada por outros (profissionais de saúde), tutelado até mesmo pelo órgão doente, na medida em que lhe é prestado todo o relevo. Os profissionais de saúde actuam como sacerdotes de um templo, visto naturalmente em linguagem metafórica, e o indivíduo passa a levar o corpo doente a este novo lugar sagrado ou venerável, que lhe é estranho, dedicando-lhe, a partir desse momento, um número indeterminado de romagens. Esse templo é representado pelo hospital que, em alguns casos está apenas presente nas ocasiões que correspondem ao início ou ao fim da vida do indivíduo. Outros revelam-se incapazes de tutelar o seu próprio corpo em muitas ocasiões da sua existência e recorrem ao hospital durante uma boa parte da sua vida, seja por sua vontade associada às circunstâncias da vida (entendamos como exemplo o nascimento), seja em consequência da doença que têm. De uma forma ou de outra, a experiência no hospital requer uma adaptação da parte do indivíduo durante o seu tempo de doença, por tudo o que essa experiência implica.

Em simultâneo, consoante a forma como o indivíduo se posiciona face ao divino, outro templo se abre: o que diz respeito ao indivíduo na sua relação com o transcendente ou com o imanente. A partir daqui, o indivíduo inicia dois caminhos que fundamentam essa tentativa foucauldiana de aceder a um novo modo de ser: um procurará num templo-hospital, uma cura para a sua condição; outro procurará no seu corpo santuário, pela espiritualidade ou na religião formal pela fé, a sua própria salvação.

2. A procura da cura e da salvação

Os tempos actuais são espantosamente diferentes da era pré-moderna, de tal modo que, como referíamos no capítulo anterior, a procura moderna de salvação recuou ao *reino* da expressão pessoal. Berger (1974) refere-se a estes tempos de forma ainda mais radical, dizendo-nos que estamos onde nunca estivemos, muito embora, mais tarde, Berger (Cf. Woodhead, Heelas e Martin 2001) venha a afirmar relativamente ao cristianismo, que talvez estejamos como os primeiros cristãos, ou seja, num mundo plural onde se professa aquilo que se escolhe. Neste caso concreto, Berger (1974) refere-se ao facto de, pela primeira vez, os homens viverem sem a imortalidade e, aparentemente, não se mostrarem muito preocupados com isso, uma vez que, apesar de a morte ser inevitável, durante a vida o indivíduo pode sempre tentar a imortalidade, quer por ter conseguido algo de extraordinário⁵⁸, quer pela simplicidade das suas memórias revistas num álbum de fotografias. A vida individual não é inconsequente: a mortalidade individual pode ser instrumentalizada no sentido da imortalidade colectiva. Esta ideia de Berger (1974), a ideia do homem viver sem a imortalidade, apresenta-se de forma contraditória com a sensação de que, na prática, mesmo que tenha esta ideia presente, o homem busca a sensação de imortalidade a todo o custo. Tem esta atitude na medida em que, por um lado, submete-se a transformações que têm como finalidade implícita a imortalidade, por outro, contam ter à sua disposição todo um aparato técnico-científico que permita aos profissionais de saúde reverterem qualquer situação mais complicada que efectivamente possa ter colocado a sua vida em perigo.

Tendo uma ideia de irreversibilidade presente, o indivíduo, numa situação de doença, centra-se numa procura de cura ou de salvação consoante o sentido que confere ao divino, consoante a atribuição valorativa que dá a esta dimensão espiritual. Pode tornar-se difícil perceber o que conta, ou não, quando os indivíduos se intitulam como espirituais, ou atribuem valor a uma ligação com o divino, e o fazem de forma não comprometida com nenhuma religião propriamente dita, ou sequer com ideias ou

⁵⁸ Perdoe o leitor se esta nota é muito banal mas explica factualmente a ideia expressa: referimos, por exemplo, o discurso utilizado relativamente aos atletas de alta competição, quando conseguem atingir um lugar no pódio nos jogos olímpicos, por exemplo, ou uma equipa ganha um campeonato mundial, ou mesmo sem o ter feito, consegue um determinado evento que imortaliza a sua acção. Damos como exemplo o caso paradigmático do homem mais rápido das duas últimas olimpíadas, Usain Bolt (Pequim 2008, Londres, 2012). Nestes casos os discursos ouvidos contém sempre palavras como “fica para a história” ou “memorável”.

práticas religiosas específicas. No universo divino, o caminho para chegar a algum lado, seja a cura ou a abundância económica, por exemplo, é metafísico, ou seja, situa-se no reino das causas que são mentais e espirituais. Retomando uma ideia de Glucklich (2001), o indivíduo doente (no sentido conceptual *illness*), ao ritualizar a dor, socorre-se da religião, uma vez que esta pode ajudar a transformar os seus efeitos destrutivos ou desintegradores em mecanismos positivos psico-religiosos. A “dor sagrada” reintegra o indivíduo numa comunidade mais alargada ou num estado de existência que se entende como fundamental. A dor ritualizada facilita o acto de se depender de um nível inferior para servir um nível superior. De forma metafísica, a dor cria uma ausência corporal e cria caminho para uma nova e maior “presença” (de natureza transcendental), digamos assim, o êxtase.

Estes aspectos não devem dificultar-nos a possibilidade de distinguir o que deve ser uma abordagem espiritual do que deve ser uma abordagem secular. Entre a cura e a salvação, situaremos a espiritualidade na crença de que existe uma realidade para além do que a realidade física realmente é. Relembrando Fuller (2006), não pode haver espiritualidade sem que esta seja moldada pelo que intitularemos de contemplação ontológica⁵⁹. Esta abordagem desloca-nos de uma visão meramente secular e leva-nos a considerar a possibilidade de que os sentidos que conferimos à nossa existência possam requerer a nossa adaptação a uma realidade metafísica, apresentando-se a espiritualidade como um recurso que pode constituir-se como motivação de um indivíduo em alinhar a sua vida com uma ordem superior de existência. É a experiência de contemplar a forma como as diferentes partes estão relacionadas com um todo que lhe é maior, mesmo que este não seja observável. Leva os indivíduos a considerar como a vitalidade, a beleza ou o poder podem revelar propósitos ou intencionalidades do universo como um todo. Estimula os esforços para discernir qual é o valor intrínseco ou sentido fundamental que lhe podemos conferir, em oposição ao utilitarismo de qualquer sistema de valores e do sentido pré-construídos. Torna lícitos os esforços de encontrar

⁵⁹ A contemplação ontológica é uma tradução livre para a expressão inglesa *wonder*. Para entender melhor este conceito, o autor refere a título de exemplo a tradição indiana. Aqui *wonder* é a reacção à oportunidade de testemunhar o divino num fenómeno de exaltação. Está intimamente ligado com a tradição *Darshan* (palavra em sânscrito que significa “presença divina”), o acto ritual que permite ver a divindade. Acredita-se que este acto supera a divisão tradicional entre a experiência subjectiva e a experiência objectiva, incluindo a participação na essência e na natureza da base divina de uma determinada pessoa ou objecto. Leva o indivíduo, para além da sua individualidade, a participar no todo ontologicamente maior.

uma relação harmoniosa quer com o misterioso, quer também com tudo o que o envolve.

A contemplação ontológica alarga a nossa capacidade de adaptação. Quando o indivíduo se adapta a uma nova circunstância, assume dois comportamentos:

- o primeiro é de receptividade. O indivíduo passa a considerar a vida a partir de novas perspectivas, encontrando uma ajuda na ligação com os aspectos unitários e relacionais da realidade. Passa também a manifestar uma visão completamente distinta da que tinha até então, uma visão diferente do mundo, de outros seres humanos e da última fonte da qual a existência emerge;
- o segundo é o de actividade. A partir da sua nova maneira de ver o mundo, o indivíduo constrói caminhos criativos que melhor traduzem a sua ligação com o mundo. Estabelece novas distâncias, se considerar que o que tinha até então poderia decorrer num potencial perigo, e novas aproximações, se considerar a situação proveitosa e, principalmente, se esta estiver de acordo com o seu quadro valorativo.

Por outras palavras: perante a nova circunstância, como é o caso da experiência da doença, o indivíduo, em função do seu bem supremo, procurará os ajustamentos necessários relativamente a uma ordem invisível (William James, 1902), e voltando a Berger, Berger, Kellner (1974), independentemente de o resultado lhe garantir um lugar na eternidade, uma vez que poderá recorrer a outras formas para esse objectivo. De certa forma os indivíduos investem na garantia de possuir uma realidade ontológica relativamente à ordem da existência que, de alguma forma, assenta na consciência do ser (*self*) para além do alcance sensorial. É como se a consciência humana, no seu sentido de realidade, sentisse uma presença objectiva, uma percepção daquilo que podemos dizer: "algo existe", um sentido de presença da realidade, mais difuso e geral do que aquilo que os nossos sentidos podem deter. A contemplação ontológica é a razão emocional mais proximamente associada aos impulsos espirituais da humanidade.

Esta razão não é só sentida nos rituais religiosos, é também verificada nas artes, no amor, na investigação científica. Todas podem provocar profundas alterações pessoais. Ajudam o indivíduo a abandonar identidades potencialmente disruptivas e assumir uma nova perspectiva de vida. Os rituais de iniciação estão muitas vezes ligados a sistemas

de cura. O cristianismo, por exemplo, é em si mesmo um sistema de cura, cuja relação com o divino é mediada pela figura de Cristo. A veiculação da figura de Cristo é, em toda a linha, mais do que uma promessa de cura, uma promessa de salvação *«porque é uma particular forma de esperança»* (Fernandes, 2001: 24).

A partir do divórcio da medicina do contexto sagrado, os indivíduos passam a ser introduzidos no poder da tecnologia e da ciência: como se referia anteriormente, o secularismo intelectual e o pluralismo social minoram a confiança numa religião bíblica e nas assumpções materialistas que sublinharam a era da medicina científica. Este divórcio levanta algumas franjas de uma certa ortodoxia cultural: os sistemas metafísicos da cura, porque situados entre a ciência e a religião, têm uma capacidade para redescobrir diferentes poderes dessa mesma cura.

Os estudos de Elíade (1956) examinaram os ritos de iniciação e os métodos utilizados para viabilizar encontros directos com o sagrado: *«o iniciado não é somente um “recém-nascido” ou um “ressuscitado”: é um homem que sabe, que conhece os mistérios, que teve revelações de ordem metafísica»* (Elíade, 1956: 196). Elíade (1956) observou que quase todos os ritos de iniciação utilizam formas simbólicas de morte e renascimento (também mais tarde lembrados por Glucklich) como foi referido no ponto anterior. Estas experiências permitem aos iniciados descartarem-se de identidades disruptivas, como referido, e descobrirem novas identidades, ou identidades mais vinculadas ao divino. Os participantes são ajudados a acreditar que o rito envolve toda a sua vida e leva-os a abrir a sua vida ao espírito. Os indivíduos que sofrem de dor (física), e fundamentalmente quando se sentem doentes (illness) estão, claramente, mais dispostos a uma transformação espiritual, uma vez que esta experiência de transformação espiritual pode revelar-se como uma experiência de justificação existencial de sentido.

Consideremos o conceito de cura a partir de dois posicionamentos. O primeiro (cure), mais comum, prender-se-á com a erradicação de uma determinada doença (disease), ou seja, é a expectativa de que a determinada altura uma doença estará totalmente controlada (Swinton, 2001). O segundo (healing), mais profundo, procurará atribuir à doença (illness) um sentido psicossocial com consequências directas nos problemas que advém da circunstância de doença e no questionamento acerca do sentido que a situação

de doença tem para a vida quotidiana⁶⁰. Este segundo aspecto tocará estruturas de significação do indivíduo e dos seus valores. Constituindo-se numa tarefa fundamentalmente espiritual, situar-se-á para lá das fronteiras da própria doença e da sua cura (em sentido comum), ou seja, para lá da transcendência. Neste âmbito da cura, o indivíduo encontra as forças que necessita para poder lidar com toda a experiência de doença pela qual passa a dado momento da sua existência.

Como fazíamos referência no Capítulo II, o indivíduo vê-se forçado a construir ele mesmo a sua identidade e o seu próprio contexto, e neste sentido assume uma posição ambivalente face à esperança de ser bem sucedido ao passar por uma situação de doença. Esta ambivalência situa-se tanto na esperança da cura como na esperança da salvação. Relativamente à esperança da cura, a evolução técnico-científica da medicina permite ao indivíduo criar a sensação de que tudo é possível no que diz respeito à intervenção médica, sendo esta ideia fortemente veiculada pelos meios de comunicação social, pela literatura ou pela própria indústria cinematográfica. Parece haver sempre uma solução. Por outro lado, quando a cura não é possível, restará sempre ao indivíduo a esperança da salvação, particularmente aqueles que se apegam a uma determinada vivência religiosa. Nesta “corrida” de manutenção da valiosa existência humana, tudo concorre para afastar o indivíduo da finitude. Assim, serão a cura e a salvação duas faces dessa moeda, que é o sentimento de esperança.

⁶⁰ Perdoe, mais uma vez, o leitor o constante recurso às expressões anglo-saxónicas mas elas ajudam a transmitir, também neste caso concreto, a estrutura conceptual que se pretende construir. Convém referir também que a palavra inglesa “healing” é utilizada inúmeras vezes como recurso religioso, por exemplo “vendendo os serviços” de qualquer igreja.

Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados em contexto hospitalar.

PARTE 2

CUIDADOS ESPIRITUAIS NO HOSPITAL:

TRAÇOS TEÓRICOS E LEGAIS

Capítulo IV

Das práticas ao enquadramento legal da assistência

Introdução

A democratização do espaço religioso não requer por si só igualdade, requer fundamentalmente autonomia. O princípio de autonomia estimula a diferença e exige que esta diferença não seja, de forma alguma, prejudicada. Não se trata de nivelar "por baixo", trata-se antes de fomentar a elaboração da individualidade, enriquecendo por isso as relações e as situações.

Uma das formas de constituição lógica do quotidiano é a organização do indivíduo em comunidades e em instituições. Estas obrigam à adesão de um conjunto de regras que, por vezes, se tornam numa espécie de poder, uma forma de mobilização mais do que um factor de limitação. Perante estes aspectos, na preocupação pela consolidação de "relações livres e iguais" estabelece-se, entre os indivíduos, a necessidade de criação das circunstâncias para que as pessoas possam desenvolver as suas potencialidades, evidenciar as suas diversas qualidades, expressar a sua individualidade. Uma premissa fundamental é que cada indivíduo respeite os outros, assim como desenvolva a capacidade de aprender a fomentar as suas próprias atitudes. Em consequência, a protecção respeitante ao uso arbitrário da autoridade política e do poder coercivo, pressupõe a negociação das decisões, em certo sentido, por aqueles a quem estas decisões afectam, inclusive se estas forem tomadas por uma minoria mas com consequências para a maioria. A implicação dos indivíduos na determinação das condições do seu envolvimento pressupõe que aceitem o carácter racional e autêntico dos juízos dos outros (Giddens, 1992). Apesar das dificuldades do diálogo inter-religioso, estas são condições que devem ter estado, de uma forma ou de outra, na agenda dos negociadores, mesmo dos que, como o Estado, são laicos e não confessionais.

A construção conceptual exposta nos primeiros capítulos leva-nos a considerar a espiritualidade como a relação entre as individualidades profanas e as grandezas do sagrado, que poderá manifestar-se ou não, através da religião, na qual consideraremos as práticas normativas mais observáveis que ligam o profano com o sagrado. Outro aspecto importante, que queremos realçar de toda a literatura consultada, é o facto de se

confirmar em diversos autores que, apesar de existir um declínio acentuado das instituições religiosas, nomeadamente nas sociedades ocidentais, a espiritualidade não se desaloja da reflexividade individual e continua a desempenhar um papel importante na vida de muitas pessoas. Neste sentido, o ideal será caminhar para um serviço de assistência espiritual que responda com efectividade às necessidades detectadas no seio das equipas multidisciplinares de saúde. Para isso será importante que estas equipas assumam a dimensão espiritual como uma dimensão tão importante como as outras, no contexto das práticas hospitalares.

Durante as negociações entre as capelanias católicas e o Estado português, muitas notícias vieram a lume dando conta das inquietações da Igreja Católica face ao seu posicionamento no contexto da saúde em Portugal. Considerar no serviço de assistência espiritual e religiosa a presença efectiva de outras religiões, mostrava-se como um dos motivos para pensarmos que, na realidade, poderíamos estar perante uma perda da hegemonia católica, em geral, nos mais diversos níveis da vida da sociedade portuguesa actual, e em particular, no âmbito da saúde. Um outro motivo é, de seguida, objecto de análise, em particular, a regulamentação do serviço prestado pela Igreja Católica nas diversas capelanias dos hospitais públicos portugueses.

Pretende-se neste capítulo reflectir não só sobre a pertinência da disseminação de um modelo de cuidados que reflecta um entendimento partilhado dos conceitos de espiritualidade, no qual sejam dadas todas as possibilidades de escolha ao doente, mas também fundamentar a importância de aspectos exógenos, nomeadamente a celebração da nova Concordata⁶¹, da Lei de Liberdade Religiosa⁶² e da consequente negociação que desembocou no Decreto-Lei nº253/2009 de 23 de Setembro, e a importância da atribuição de um espaço igualitário às diferentes confissões e práticas religiosas, nesta leitura do percurso legal que, enquanto factor exógeno, parece desmontar a anterior hegemonia da Igreja Católica e provocar a abertura efectiva ao diálogo inter-religioso.

⁶¹ Assinada a 18 de Maio de 2004 pela Santa Sé e o Estado Português.

⁶² Lei nº 16/2001, de 22 de Junho. Publicada no Diário da República nº 143/2001, Série I-A.

1. Práticas e ritos – cuidados espirituais no contexto hospitalar.

Não se vive, adoce e morre da mesma maneira quando se pertence a esta ou àquela condição social, aos diferentes géneros, a diversas comunidades étnicas, a diferentes culturas e regiões. Mas somos habitualmente deparados com a visão de um mundo da saúde e da doença secularizado, dominado pela consciência de autonomia no que respeita ao sagrado e pelo desenvolvimento de uma série de saberes e técnicas orientadas para responder aos problemas colocados pela sociedade, tanto na área da saúde como na vida quotidiana.

Uma reflexão muito interessante a este propósito feita por Huang (2011) no seu estudo acerca da caridade médica no movimento Budista Tzu Chi situa-se na identificação de uma primeira fase em que as intervenções em saúde se situavam no alívio do sofrimento. Já numa segunda fase, as intervenções em saúde colocavam-se totalmente em torno da ciência e que, actualmente, com a introdução de rituais religiosos prévios à intervenção, esta passava a posicionar-se na esfera do sagrado. Naturalmente, esta identificação tem o seu próprio contexto e está longe do que vivemos actualmente nas unidades de saúde portuguesas, onde ainda se verifica uma deslocação para fora da área do sagrado no tema da saúde, aspecto particularmente observado de forma radical na medicina (Velasco, 1994).

As enormes possibilidades da medicina actual retiraram-lhe a esfera metafísica e religiosa, mudando-a para a esfera prática (Buytendijk, 1958). Neste sentido, os cuidados de saúde modernos são na sua maioria dominados pelo modelo médico, muito científico, ele mesmo um legado do período iluminista. Sobre este aspecto é pertinente referir o trabalho desenvolvido por Strauss et al (1985), que reflecte a partir das alterações radicais e irrevogáveis que o crescente número de doenças crónicas provocou no trabalho dos médicos, enfermeiros e técnicos de saúde. Foram motivados pelas queixas de que os hospitais vivem um período caracterizado pela hipertecnologia, funcionando muitas vezes como fábricas, de forma desumanizada e com um grau elevado de fragmentação dos cuidados. A medicina excessivamente técnica evoca os tempos em que, apesar de os cuidados de saúde serem menos eficazes, ao doente era oferecida atenção e cuidado, em particular no âmbito da enfermagem, muito vocacionada em minimizar os aspectos mais despersonalizados do hospital. Os

profissionais de saúde, no contexto actual, actuam de uma forma tecnicamente orientada, em contraste com o perfil do médico de cabeceira ou da enfermeira cuidadora, que se sabia existir anteriormente. A partir destes pressupostos, a investigação destes autores desenvolveu-se, por observação no contexto hospitalar, com base em três aspectos: em primeiro lugar, os doentes reagem quer ao contexto em que estão, quer ao tratamento que lhes é administrado; em segundo lugar, foi analisada de forma detalhada a relação entre cinco tipos de trabalho (trabalho mecânico, de segurança, de conforto, sentimental e de articulação) e as actividades dos médicos e enfermeiros; e em terceiro lugar, foi dada primazia às tarefas dos profissionais de saúde mais do que à divisão do trabalho propriamente dita.

A utilização do contributo da investigação de Strauss et al (1985), no contexto desta pesquisa, recai nos tipos de trabalho de conforto e sentimental. Strauss et al (1985) partem do princípio de que as intervenções médicas podem muitas vezes causar desconforto ao doente. Neste sentido, o trabalho de conforto, muito mais do que uma atitude empática ou a adopção de palavras e gestos adequados, possibilita ao doente o menor desconforto possível, aos mais diversos níveis. No hospital, dentro desta perspectiva, o doente estará mais interessado em minimizar o seu desconforto, ao passo que os profissionais de saúde estarão mais orientados para curar a doença propriamente dita. Se o interesse do doente prevalecer, é essencial que se assumam atitudes que atenuem o desconforto experimentado, por exemplo, na espera de um exame, ou nas rotinas de higiene. Por outro lado, o trabalho sentimental focaliza-se na atenção aos detalhes fornecidos pelos doentes e que muitas vezes são ignorados, como por exemplo a história da pessoa. É mais do que o trabalho de psicologia e, de acordo com Strauss et al (1985), divide-se em 7 tipos de trabalho: a interacção e regras morais, que minimizam o facto de o doente poder ser considerado um objecto; a confiança, na qual os profissionais honram as condições de sigilo e informação ligados à sua actuação; a compostura, relacionada com o toque, o dar a mão; o biográfico, que se prende com a atribuição de importância à história da pessoa; o identitário, que se preocupa essencialmente com o aprofundamento da relação; a realidade e o contexto, no qual a preocupação será a introdução de elementos no discurso que não sejam ilusórios, isto é, não alimentarem no doente situações de ocorrência improvável, que já não encontram cenários de possível concretização; e a rectificação, que é a capacidade de apresentar as desculpas ao doente quando se erra. Neste sentido, tomando como base a preocupação

pela execução de um trabalho identitário, dentro desta perspectiva do trabalho sentimental de Strauss et al (1985), poderá ser eficaz tomar em consideração o posicionamento do doente face ao espiritual.

Considerando todos estes aspectos, entende-se que a proliferação de explicações divinas para os problemas que a medicina não consegue encontrar resposta, associada a uma conceptualização holística dos cuidados de saúde, recoloca a área do sagrado numa dimensão diferente da anterior, reunindo a metafísica, a moral e a religião num conceito mais abrangente: o conceito da espiritualidade. As questões existenciais acerca da atribuição de sentido, esperança e propósito estão de novo em voga, na mesma medida em que os indivíduos procuram o bem-estar e a saúde segundo um modelo holístico.

Uma perspectiva que enquadra estes diferentes aspectos é advogada por Kearney (1989). Segundo este autor, relativamente ao conceito de “hospício”, e em concreto aos cuidados prestados em doenças terminais, existe um conjunto de procedimentos que devemos considerar, como sejam o controlo dos sintomas, a comunicação efectiva, o suporte à família (incluindo acompanhamento nas situações de sofrimento decorrente da situação de doença), os cuidados espirituais, o suporte profissional, o ensino e a pesquisa. Concretamente, sobre cuidados espirituais Kearney refere que um indivíduo em sofrimento espiritual deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, na mesma medida em que se preocupam também com o sofrimento físico, emocional ou social. Este sofrimento pode encontrar-se muitas vezes de forma independente relativamente a uma religião, pelo que o cuidado espiritual não deve ser só uma responsabilidade da figura do capelão; será antes um desafio para todos aqueles que fazem parte de uma equipa multidisciplinar (Kearney, 1989).

Baseado no conceito de “total pain”⁶³ de Saunders e Bains (1983: 76), que enquadra a dimensão espiritual ao lado da dimensão física, psicológica e social na concepção deste conceito, Kearney, através de um exemplo prático, centrado na experiência individual de um doente, demonstra o papel da dimensão espiritual (fazendo o mesmo a todos os aspectos que considera na “hospice medicine”): um determinado doente, apesar de não ter uma crença formal, enquadrada numa religião, colocava as seguintes questões –

⁶³ “Total pain” aparece como uma situação, mais do que um sintoma, comparada a um icebergue cuja ponta é a dor e submersos estão os aspectos físicos, psicológicos sociais e espirituais.

Porquê? Porquê esta dor? Porquê este tempo de espera? Estas questões, ou outras parecidas, assim como a dor propriamente dita, podem ser compreendidas a diferentes níveis. Um desses níveis coloca-as no patamar da “dor espiritual” e, nesta medida, as necessidades espirituais dos doentes devem ser respondidas. Este não é um aspecto para o qual devemos esperar respostas fáceis, em vez disso, cada vez que um membro de uma equipa multidisciplinar acolhe estas questões, encontra-se a ajudar um doente a encontrar algum sentido, reconciliação e mesmo reorganização na situação que está a viver (Kearney, 1989).

A espiritualidade é, de facto, um aspecto muito presente nos cuidados paliativos⁶⁴, fundamentalmente na consciente aproximação da morte. Barbosa (2003) refere que «*o ser humano é um ser tríplice: ser corporal, anímico e espiritual. Cada dimensão gera necessidades distintas que devem ser identificadas, valorizadas e tratadas de forma específica*» (Barbosa, 2003: 44). Os cuidados paliativos foram os precursores da abordagem holística nos cuidados de saúde, ao tomarem em consideração os contributos das abordagens alternativas e complementares, ao mesmo tempo que aplicavam os melhores avanços técnico-científicos. Todavia, na prática, tendem a oferecer poucas oportunidades aos próprios profissionais de explorarem a sua espiritualidade em conjunto. Quando uma equipa de saúde tem um entendimento partilhado acerca da espiritualidade consegue envolver todos os membros dessa mesma equipa, ainda que uns se envolvam mais do que outros. Os entendimentos partilhados asseguram que quando se fala em espiritualidade todos conseguem distinguir entre o que é e o que não é do foro espiritual.

As componentes espirituais, religiosas e éticas influenciam a vida do indivíduo ao longo de todas as suas etapas e a forma como cada um desenvolve as suas actividades. A espiritualidade que, segundo O'Brien (1982), é aquilo a que aspira o ser quando deseja transcender o domínio da matéria, é muitas vezes negligenciada. As características da espiritualidade combinadas com as emoções e os aspectos físicos representam situações

⁶⁴ Segundo Barbosa (2003) «*os cuidados paliativos, porfiando a abordagem integral do doente (aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais), incorporando a família no seu estudo e estratégia, promovendo o princípio de autonomia e dignidade da pessoa doente e remetendo para um cuidado personalizado e continuado, poderão instaurar-se como um recomeço de uma renovada forma de entender e praticar a medicina*». Os cuidados paliativos «*dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, se necessário, prolongam-se no acompanhamento do luto da família. Destinam-se ao doente (não doença) e sua família e o objectivo é proporcionar apoio e cuidados aos doentes nas últimas fases de sua doença*». Pág. 47.

de totalidade. Por outro lado, as orientações religiosas, as crenças e o significado da vida reflectem-se em padrões éticos e por conseguinte nas acções e nas práticas. A espiritualidade, conceito de facto mais abrangente que religião, envolve abordagens teístas e não teístas que podem ser aplicadas a agnósticos e ateus, assim como a seguidores de religiões reconhecidas, já que, por exemplo, face à morte, *«o projecto antropológico, reduzido a instantes que se devoram na desidentificação / desontologização e na decorrente solidão e desamparo, pode atingir um paroxismo intolerável de desumanização e alienação, apesar de novas e miscigenadas formas de reinvestimento no sagrado, numa elaborada economia do simbólico e do virtual»*⁶⁵. Reconhece-se assim, a presença da dimensão espiritual em todos os indivíduos, independentemente da fase em que se encontra ou da forma como ela se revela.

Considerando então a dimensão espiritual como um factor primordial para a prestação de cuidados entendidos como holísticos, como é que deve ser considerada a sua aplicação? Barbosa (2003) oferece uma pista: *«para escutar o sofrimento espiritual, o profissional deverá começar por escutar o seu, para que se permita que alguém seja plenamente si mesmo, indo mais além, e favorecer uma tal abertura, desejo de consumação: pela presença, escuta em todo o seu invisível – o seu sofrimento (compaixão) – deixar-se contaminar pelo sofrimento do outro, acolhendo-o sem ficar afogado no sofrimento do outro, o seu desejo, o ser que nele deseja (pois é parte do desconhecido de nós mesmos que a morte pode revelar), atitude de confiança na profundidade do homem, naquilo que no homem se mantém aberto a um além do homem»*⁶⁶.

Reencontramos então um renascimento da “medicina holística” onde o objectivo da saúde assenta muito para além das “medições” e “tecnicidades” que abrangem uma rede de relações habitualmente complexas. Para além do transcendente, em primeiro lugar temos o indivíduo e a sua relação consigo mesmo, o ter um propósito ou um sentido para a vida, um quadro moral que leva a posicionamentos mais positivos e negativos relativamente ao mundo. Em segundo lugar, o indivíduo tem uma relação com o mundo natural que o rodeia. Em terceiro, mantém relações interpessoais e relações terapêuticas que lhe transmitem confiança e promovem um tratamento efectivo. Na abordagem

⁶⁵ Idem, pág 40.

⁶⁶ Idem, pág. 45.

holística aparece referida esta complexa rede de relações ligadas à componente espiritual dos cuidados. Várias questões podem ser colocadas, nomeadamente as que se prendem com o processo de desenvolvimento do entendimento partilhado, em contexto multidisciplinar de cuidados, por exemplo, deste complexo espiritual. Uma delas situa-se no como integrar este aspecto nas práticas, outra poderá ser o como agir de modo mais confiante neste aspecto tão particular da condição humana.

A abordagem holística é parte de uma imagem difusa e uma mistura incerta de misticismo, modos de vida e estilos de vida, que inclui no seu quadro alargado, tanto as medicinas complementares, como qualquer aconselhamento *à la carte* de um qualquer agente, disponível num qualquer suporte de comunicação e informação (jornal diário, televisão, internet, etc.). Isto deixa livre toda uma área de difícil acesso, quer na compreensão partilhada do que é a espiritualidade, quer no desenvolvimento de um grau de discernimento acerca desta realidade compósita, resultando, em última análise, o descurar desta dimensão.

A abordagem holística não sendo propriamente uma novidade, necessita de alguma reflexão ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente no modo de entender e colocar em prática os seus conceitos. Como ingredientes nesta reflexão aparecem quatro que são fundamentais: o corpo, a mente, os elementos sociais e a espiritualidade. Estes elementos que se ligam de forma imbricada produzem um ser único e individual. Se negligenciarmos qualquer um destes ingredientes poderemos ter esta abordagem bastante comprometida.

As limitações dos modelos médicos, com raízes profundas na filosofia cartesiana, e dos modelos sociais, deles largamente tributários, baseados na prevenção das doenças através da criação de melhores condições ambientais e sociais, revelam-se de um modo muito particular nos crescentes problemas que emergem da gestão dos casos de internamentos de longa duração. A este aspecto junta-se a iniciativa de cada indivíduo, principalmente quando procura alternativas fora dos contextos mais ortodoxos. Perante toda a oferta existente, e alguma desta oferta aparentemente produz certos contributos que se manifestam de modo positivo, é necessário que as equipas de saúde pensem de um modo mais profundo no modelo de saúde que protagonizam e no tipo de cuidados de saúde que prestam, reconhecendo a totalidade do indivíduo, e a importância que

certos elementos têm, nomeadamente na criação de condições para um maior bem-estar⁶⁷. A percepção de que os seres humanos são complexos na sua totalidade e que se inserem num ambiente também ele complexo, assume particular importância num contexto moderno e pós-moderno, pois muitas vezes este contexto parece ser fragmentado, deslaçado e com um sentido de anomia face ao bem-estar.

A perspectiva holística dos cuidados de saúde é uma visão cuja discussão permanece activa e actual, uma vez que, apesar de defendida por muitos profissionais e escolas de saúde, dificilmente a encontramos na prática clínica. Ver o indivíduo, para além dos sintomas que a sua doença manifesta, é um reconhecimento de que os seres humanos têm mais necessidades do que as de saúde, mas deixa questões em aberto e perguntas sem resposta. Uma delas poderá ser, por exemplo, saber até que ponto outras necessidades são efectivamente importantes, de modo a que, ao serem envolvidas, possam afectar objectivamente os resultados de um determinado tratamento. A importância da dimensão espiritual no contexto da saúde pode inclusive equacionar-se na medida em que a experiência da doença é interiorizada enquanto fenómeno de experiência individual, tal como também é interiorizada a espiritualidade. Dois aspectos a ter em conta: o primeiro é o facto de cada indivíduo necessitar de diferentes elementos para se sentir bem; o segundo é o facto de estes elementos estarem intimamente integrados e interligados, em vez da sua existência em separado.

A abordagem holística procura reconhecer e promover um estado de harmonia quando trata cada indivíduo como um todo. O tradicional modelo biomédico, ao enfatizar o elemento físico da doença, de certo modo negligencia, ou nega até, outros elementos, e falha no entendimento da experiência humana da doença na sua totalidade. Uma abordagem multidisciplinar dos cuidados, que aceite a realidade espiritual e o significado do espírito humano, pode ajudar a corrigir as formas fragmentadas dos cuidados, baseadas em “especialidades”, que são ainda norma nas práticas hospitalares. Se tomamos o indivíduo como um todo, o cuidado espiritual, desmembrado de tudo o resto é insuficiente para o seu restabelecimento. Isto só é possível se esta abordagem multidisciplinar mantiver o diálogo entre as diferentes disciplinas para o desenvolvimento de formas adequadas de olhar o indivíduo como um todo, incluindo o

⁶⁷ Damos como exemplos a aromaterapia, a musicoterapia ou as salas de snoezelen (salas que proporcionam estimulação cognitiva, conforto e relaxamento utilizando vários estímulos sensoriais).

lado mais misterioso e menos tangível que emerge do espírito humano e da forma como conduz a sua espiritualidade individual.

No que respeita a uma abordagem holística, entre aquilo que é transmitido aos futuros médicos e enfermeiros, durante a sua preparação para a vida profissional, e o que se desenvolve na prática, transforma-se numa fragmentação dos cuidados, ou seja, apesar de se considerar a espiritualidade como uma das componentes básicas do modelo, na prática é omissa, uma vez que as preocupações dos cuidados se focam fundamentalmente no corpo e na mente (Oldnall, 1996). Algumas razões para este facto são, por exemplo, uma visão limitada do conceito de espiritualidade, remetendo os cuidados para “profissionais de religião” (Carson, 1989); medo de não ter competência para as solicitações apresentadas (Granstrom, 1995); incerteza no que respeita às suas próprias crenças e valores religiosos e espirituais (Harrington, 1995); falta de tempo ou rácios insuficientes de pessoal (Boutell e Bozett, 1987; Highfield, 1992; Piles, 1990; Sodestrom e Martinson, 1987); medo de impor as suas próprias crenças ao doente (Pullen, Tuck e Mix, 1996); medo de intromissão na privacidade do doente (Harrington, 1995); e problemas na real avaliação das necessidades espirituais, consideradas muitas vezes como apenas fazendo parte das preocupações da área da psicologia; insuficiente preparação para esta dimensão ao nível da formação dos profissionais, sendo que por vezes até é inexistente (Oldnall, 1996).

No entanto, a dimensão religiosa e espiritual está entre os factores mais importantes na estruturação de toda a experiência do indivíduo, na constituição do seu sistema de crenças, valores, comportamentos e, conseqüentemente, nos seus padrões de doença⁶⁸. Os indivíduos vivem num constante processo de exploração, contemplação (ontológica), nos mais variados sectores da sua vida quotidiana, nos quais também circulam o seu sentido particular de esperança, do amor ou do transcendente. Uma abordagem que considera a espiritualidade fornece explicações que poderão ajudar a procura da cura ou, pelo menos, o controlo dos sintomas de uma determinada situação de doença, a partir das atribuições de sentido que o indivíduo faz da sua existência e da sua realidade.

⁶⁸ Cf. Turner, R.P., et all (1995) in Swinton, 2001.

Assim, aos profissionais de saúde é-lhes ainda pedido um sentido de responsabilidade ética quando olham para o indivíduo na sua totalidade e reconhecem a espiritualidade de cada um, com o objectivo de a respeitarem e a entenderem em cada indivíduo como sendo único. Neste contexto é necessário o entendimento de que os indivíduos têm experiências holísticas, de que as doenças as afectam nessa medida e de que os cuidados têm de se tornar mais profundos, mais totais, mais transcendentais do que uma abordagem médica ou social.

Na prática, os desafios que se colocam a esta perspectiva podem ser elencados da seguinte forma: por um lado, aos doentes é-lhes dada uma escolha, baseada na informação e na acessibilidade, por outro lado, o trabalho passa a ser de equipa multidisciplinar, sem a predominância de umas disciplinas face a outras.

O primeiro desafio elencado é ele mesmo visto como um valor de alta qualidade dos serviços, uma vez que se baseia na atribuição do papel principal ao doente. Por exemplo, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* enquadra, como aspecto da sua política, o facto de que, para muitos doentes, a pastoral e outros serviços espirituais, serem uma parte integrante dos cuidados de saúde e do quotidiano em geral, pelo que os Hospitais devem estar habilitados a fornecer este tipo de cuidados aos doentes que o solicitem.

Na mudança desta abordagem podemos estar perante uma mudança de poder: dos profissionais de saúde, do saber-poder dominante do médico e do saber-poder periférico dos enfermeiros (Carapinheiro, 2005) para o saber (poder) profano dos doentes. Estes últimos podem tornar-se cada vez mais envolvidos na decisão dos cuidados que lhes são ministrados e mais críticos face aos serviços, uma vez que exigem a referida qualidade. Estaremos perante a introdução de uma nova forma de poder sobre a vida, isto é, para além do “corpo como máquina” e do “corpo como organismo” (Carapinheiro, 2005), deparamo-nos com o corpo auto-controlado ou o corpo como meio de decisão? A exigência decorre ao nível dos cuidados, por um ambiente confortável, seguro, calmo; decorre ao nível da informação, uma vez que ao adquiri-la, faz melhores escolhas, tem confiança e sentimento de controlo na situação; decorre ao nível da comunicação, pois podem expressar-se e serem ouvidos como iguais; ao nível da relação, porque são tratados com igualdade, respeito e dignidade. Será talvez a superação da «inviabilidade

institucional, a inoportunidade funcional e a ilegitimidade estrutural das possibilidades estratégicas dos doentes» que até agora poderia estar a repousar «na determinação da natureza das suas culturas leigas, como distituídas de expressão, desapossadas de acção, expurgadas de sentido social e objectificadas em corpos inertes e passivos» (Carapinheiro, 2005: 395).

Estes aspectos realçam também a importância que as crenças e os valores dos indivíduos passam a ter para os sistemas de saúde, representando esta oportunidade um dos maiores desafios, tanto para os doentes, como, fundamentalmente para os profissionais. Apresenta-se a necessidade de articular as crenças e valores de cada profissional de saúde com a de cada doente, bem como de entender qual o uso e significado a dar aos resultados desta aproximação, digamos assim.

As tradicionais estruturas de poder percorreram um caminho evolutivo assente em dois eixos, o da medicina científica e o da medicina social (Carapinheiro, 2005) e que mais recentemente deram origem, no âmbito da sociologia da saúde em Portugal, a um conjunto de reflexões sobre o hospital e os cuidados que assentam na análise do poder médico (Carapinheiro, 1993). Estas estruturas são agora desafiadas, no que diz respeito ao trabalho de equipa multidisciplinar, pelo reconhecimento de muitas perspectivas diferentes nos cuidados aos doentes, perante uma especialização crescente, associada a uma limitação constante dos recursos e a par de uma mudança tecnológica contínua e rápida.

Neste sentido, qualquer pessoa envolvida com os cuidados, desde o pessoal de apoio e voluntários (que habitualmente não são consideradas na equação dos cuidados), deve entender, nem que seja de uma forma básica, o que é a espiritualidade e o que são os cuidados espirituais, no sentido de estarem aptos a trabalhar sob a perspectiva holística. Talvez um bom entendimento da espiritualidade humana seja a chave para o restabelecimento dos serviços de saúde de filosofia holística, eficientes e com elevados padrões de excelência. A inclusão da espiritualidade na agenda das equipas prestadoras de cuidados pode ajudar a alcançar esta realidade.

Para Puchalski (2001), um dos maiores desafios que se coloca aos profissionais de saúde é saber como ajudar os doentes a encontrar sentido na sua situação de doença,

considerando que, muitas vezes, para muitos doentes é na religião e na espiritualidade que se encontra a base para a atribuição de sentido e propósito à circunstância originada pela doença. Para esta médica, o que está aqui em causa, tal como já fizemos referência, é a diferença entre a cura (*cure*) e *o que cura* (*healing*): este último aspecto é fundamental no que diz respeito à espiritualidade, uma vez que implica, por parte dos profissionais de saúde, a aceitação do doente e o saber lidar com essa circunstância.

Para sustentar esta observação, referimos que no âmbito da medicina, o estudo do impacto da espiritualidade encontra um grande vigor, particularmente nos temas relacionados com a morte, o *coping* e a recuperação. Relativamente aos primeiros, existem estudos que referem, por exemplo, que os indivíduos que têm prática religiosa ou espiritual regular têm tendência a viver mais tempo (Strawbridge, 1997). No que diz respeito ao *coping*, existem estudos que referem que os doentes que estão mais preparados no que diz respeito à sua dimensão espiritual; utilizam o seu sistema de crenças para poderem lidar com a sua doença, com a dor que essa doença possa provocar ou o stress associado à adaptação à nova situação. Alguns estudos referem ainda que quem tem uma melhor preparação espiritual, apresenta uma perspectiva mais positiva face aos aspectos da vida em geral e à doença em particular, apresentam uma vida com mais qualidade e, inclusive, lidam melhor com a morte (Yates, 1981; Cohen, 1995). Quanto aos estudos sobre a recuperação, há uma tendência para a recuperação de doenças ou de intervenções cirúrgicas nos indivíduos com prática religiosa ou espiritual regular (Harris, 1995).

O valor que reside numa prestação de cuidados que admite uma intervenção em todas as dimensões da vida de um indivíduo pode, na prática, permitir que se responda de forma mais efectiva, segundo Puchalski (2001):

- Ao considerarmos a espiritualidade, podemos introduzir um dinamismo no entendimento da doença, na medida em que, ao valorizar a maneira como o indivíduo se relaciona com Deus, de acordo com as suas convicções religiosas, o indivíduo poderá aceitar (que não será sinónimo de resignação), ou não, as circunstâncias provocadas pela sua doença;
- Por outro lado, as convicções religiosas ou a forma como o doente entende a sua espiritualidade chocam por vezes com os procedimentos que têm de se encetar para melhorar a condição de um determinado doente. Assim, as

convicções religiosas afectam, por vezes, a saúde do indivíduo ou, noutras alturas, condicionam as decisões que têm de ser tomadas face a uma situação de doença;

- A espiritualidade pode ser uma necessidade do doente, e pode ser um factor muito importante no modo como ele lida com a doença.

Na perspectiva de Puchalski (2001), considerando a espiritualidade do indivíduo doente como um aspecto muito importante nos cuidados de saúde, os profissionais de saúde que pretendem considerar esta dimensão deverão actuar no sentido de serem uma presença total, preferencialmente compassiva (no sentido empático do termo, ou seja, sofrer com) conforme nos refere também Barbosa (2003), ouvindo os medos, esperanças, dor e expectativas dos doentes, obter a sua “história” espiritual, estar atentos a todas as dimensões, não só do doente mas também da sua família, incorporar o conceito de “práticas espirituais” como algo apropriado e envolver os capelães, ou outros profissionais preparados para responder a esta dimensão, como membros da sua equipa interdisciplinar de cuidados. Sobre estes aspectos, Puchalski refere ainda que, apesar de considerar que os profissionais de saúde podem, de um modo geral, ser garantes de uma primeira intervenção, nomeadamente na recolha de informação primária para proceder a um encaminhamento adequado, aquilo que chama de entrevistas em profundidade, devem ser conduzidas por capelães habilitados, ou como referimos, profissionais preparados, uma vez que estarão mais capacitados para agir eficazmente.

Estes contributos concorrem para uma mudança profunda de nos vermos, de vermos o nosso corpo, de percepcionarmos a forma como somos cuidados, de encontrarmos sentido para a saúde e doença na nossa existência, de redefinirmos os nossos contextos expressivos, de reequacionarmos as nossas identidades pessoais e sociais, de estabelecermos novos termos de relacionamento com o divino e o transcendente. Mas estes contributos colocam também a nú a reflexão necessária que devemos fazer perante o hospital que se torna *deslugar* (Silva, 2012). Este autor apresenta uma conceptualização do hospital como o *deslugar* do morrer, partindo do contributo de diversos autores como Foucault e a *heterotopia de desvio*, Augé e o *não-lugar* e Giddens e a *arena de sequestro* (Cf. Silva, 2012). O conceito de *deslugar* decorre do facto de se afastar cada vez mais a morte dos lugares onde a vida decorre,

deslugarizando-a, ou seja, negando-lhe o lugar. Nas sociedades tradicionais «a morte tinha lugar. O mesmo lugar que o essencial da vida: estava integrada, até pela circunstância do lugar, no ciclo vital da pessoa que morria. Mas além disso, o morrer tinha lugar no círculo familiar do moribundo, que o reconhecia morrendo e se reunia em torno dele, pacificamente, participando na cerimónia de despedida a que ele próprio presidia» (Silva, 2012: 135). O *deslugar* do morrer evoluiu, se assim podemos dizer, afirmando-se claramente quando o morrer perde a casa como lugar e, de certa maneira, medicaliza-se e desloca-se para o hospital: «o morrer no hospital é interpretado como decorrente do tabu que evolue a morte. Assim se verifica o afastamento dos moribundos, busca consciente ou não que concorre para a sua hospitalização, divisando-se aqui a dimensão de deslugarização que caracteriza este fenómeno» (Silva, 2012: 149). E o hospital apresenta-se hoje «sob o risco de não ser senão arena onde o outro é mais do mesmo, nunca verdadeiramente outro, mas simplesmente um mesmo, sob aparência de outro, que, como essoutro de ontem e anteontem passou, sucumbiu e se esfumou da memória, nada dizendo da substantiva identidade colectiva da experiência humana e em nada nos relacionando, mas simplesmente nos separando cronologicamente da única certeza que, por mais que se não queira, se apresenta clara na morte e no seu, tantas vezes, ignorado processo. Aí o hospital é um espaço desviado do lugar - uma heterotropia de desvio -, um não-lugar e uma arena de sequestro. Sequestra-se institucionalmente a experiência tanatológica do outro, reduzindo-a à suportável afirmação do mais do mesmo, para que se não agudize a insegurança ontológica de que todos padecemos, ou para que se iluda, num adiar sem fim - ou até um dia! -, o confronto inevitável com ela.» (Silva, 2012: 197).

2 - Da legislação ao estado actual das capelanias portuguesas.

Nos capítulos anteriores fazíamos referência às questões da autonomia, da maneira como ela auxilia cada indivíduo a reflectir sobre si mesmo e de como encontra forma de se desenvolver, fundamentalmente quando os direitos e obrigações se desligam da tradição e de todas as prerrogativas anteriores. A anterior relação sólida entre a Igreja e o Estado Português aparentemente “derreteu” (Bauman, 2000) perante a possibilidade de se constituir uma nova configuração legal. Assim, apresentamos agora uma leitura de todo o percurso legal que reconfigurou e ainda reconfigura hoje a relação entre a Igreja

e o Estado. Para entender melhor como se compõe este factor, que é exógeno face à espiritualidade enquanto nosso objecto de análise, é necessário estabelecer um percurso, já longo, que se inicia há 40 anos, quando em 1968 o Decreto-Lei nº 47357 de 27 de Abril, no nº 4 do artigo 80, Capítulo VII sobre a prestação da assistência, prevê que *“aos doentes deve também ser concedida assistência religiosa, sempre que a solicitem”*. Vigorava a Concordata de 7 de Maio de 1940, a sociedade portuguesa era indiscutivelmente de maioria católica, os serviços religiosos na prática hospitalar proporcionavam-se de forma ritualista e sacramental, fundamentalmente quando, por parte do corpo médico, já nada mais havia para fazer.

Desde 1968, até ao actual momento negocial, as referências à assistência religiosa voltam a ser aludidas na Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, conhecida por Lei de Bases da Saúde, cuja Base XIV refere, na alínea f), que o utente tem direito a receber assistência religiosa, se assim o desejar. O novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde publicado a 15 de Janeiro de 1993, através do Decreto-Lei nº 11, confirma no seu artigo 39, enquadrado no capítulo VI (que prevê a articulação com outras entidades, nomeadamente a Segurança Social, instituições de ensino e investigação, actividades particulares, fiscalização e assistência religiosa), a garantia aos utentes do Serviço Nacional de Saúde *“de qualquer confissão, o acesso dos respectivos ministros às instituições e serviços onde estejam a receber cuidados para aí lhes prestarem assistência religiosa”*. Esta é a primeira referência à necessidade de garantir a igualdade de direitos no acesso à assistência religiosa a qualquer pessoa, independentemente da sua religião, no que diz respeito ao quadro legal da saúde, garantindo a não discriminação por motivos religiosos.

Curiosamente, no número que se segue, o número 2 deste artigo, surge pela primeira vez, não só uma referência específica à confissão católica, mas também à introdução da figura de um não religioso para a prestação deste serviço: *“a assistência religiosa aos utentes de confissão católica é assegurada por capelães ou assistentes religiosos laicos, nos termos da legislação própria, a elaborar ouvida a Conferência Episcopal Portuguesa”*. A Igreja Católica vê assim definida e consagrada em Lei, uma resposta às necessidades com as quais entretanto se vai confrontando: por um lado, começa a enfrentar a diminuição do número de vocações sacerdotais, por outro lado, e em consequência da anterior, os sacerdotes a quem é pedido que se responsabilizem por

uma capelania têm, muitas vezes, de acumular este serviço com uma paróquia ou, pela idade, já estão reformados das actividades paroquiais e têm alguma disponibilidade

Em 22 de Junho de 2001 é aprovada a Lei nº 16 – Lei da Liberdade Religiosa. Esta Lei é o garante da inviolabilidade da liberdade de consciência, de religião e de culto. No seu artigo 13º são evocadas as situações especiais no que diz respeito à assistência religiosa, em concreto e no que respeita ao nosso foco de interesse “*o internamento em hospitais, asilos, colégios, institutos ou estabelecimentos de saúde, de assistência, de educação ou similares, a detenção em estabelecimento prisional ou outro lugar de detenção não impedem o exercício da liberdade religiosa e, nomeadamente, do direito à assistência religiosa e à pratica de actos de culto*” (número 1 do Artigo 13º). E é também neste artigo, no número 3, que o Estado se compromete a “*criar as condições adequadas ao exercício da assistência religiosa*” em todos os aspectos já referidos no número 1. Foi este nº 3 do Artigo 13º que veio possibilitar as negociações que levaram à constituição de todo o texto do Decreto-Lei nº253/2009 de 23 de Setembro, ou seja, a Igreja Católica pelo uso do argumento legal objecto da Lei da Liberdade Religiosa, pode propor-se colmatar a falha existente provocada pela ausência de regulamentação da nova concordata, assinada posteriormente.

A utilização deste argumento assegurou à Igreja Católica o lugar de principal negociador junto da tutela. E utilizar a Lei da Liberdade Religiosa como argumento é um sinal objectivo da mudança de mentalidade. Mais ainda, garantiu, no momento em que foi evocada na mesa das negociações, a continuidade de parceiro negocial privilegiado e de principal cuidador no contexto hospitalar, por mais paradoxal que toda esta situação possa parecer.

A “pedrada no charco” foi, todavia, a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro que aprova o novo regime de gestão hospitalar, permitindo às administrações dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde a possibilidade de poderem, em primeiro lugar, assumir diferentes tipos de natureza jurídica e, em segundo lugar, a inclusão dos contractos individuais de trabalho. A primeira “onda de choque” foi centrada na preocupação da manutenção dos postos de trabalho, por parte dos capelães. A segunda “onda de choque” foi a recusa de alguns hospitais SA (sociedade anónima) em contratar capelães, pois achavam não estar abrangidos pela lei anterior. Esclarecido que ficou este aspecto,

dado que estes hospitais não podiam recusar essa contratação, apareceu a terceira “onda de choque”, com a falta de cabimento orçamental do sector público administrativo, representando esta falta de orçamento a nova motivação para a recusa de contratação de capelães.

Este alargamento das ondas de choque geradas pela Lei 27/2002 é interrompido por dois acontecimentos. O primeiro é a edição da carta dos direitos do doente internado que apresenta um artigo específico sobre a assistência religiosa e cuja redacção tinha sido validada por vários quadrantes da sociedade, que excluiu, contudo, os capelães que exercem a sua actividade, quotidianamente, no já referido teatro hospitalar. O segundo acontecimento é a assinatura da Concordata a 18 de Maio de 2004.

Começamos pelo primeiro acontecimento. A Carta dos Direitos do Doente Internado é um documento criado em exclusivo para as situações de internamento, que deriva da Carta de Direitos e Deveres dos Doentes, criada para a utilização dos serviços de saúde em geral, com a excepção dos direitos treze e catorze que lhe são exclusivos (são os direitos do doente a receber visitas no período de internamento e o direito à liberdade individual). O segundo direito da Carta dos Direitos do Doente Internado refere-se precisamente ao direito do doente ser tratado com respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, bem como pela sua orientação sexual. A perspectiva deste direito é baseada num modelo holístico dos cuidados. Neste modelo todas as dimensões do indivíduo são consideradas, contrapondo-se, pela sua abrangência, à perspectiva biomédica. Refere também a existência dos serviços religiosos do hospital aos quais compete o acompanhamento a este nível, seja qual for a identidade religiosa do doente, facilitando o acompanhamento de ministros de outras religiões. Às organizações de saúde confere-se o dever de zelar pelo respeito a este direito, bem como zelar pela protecção das pessoas que estão internadas, no espaço da sua responsabilidade, contra potenciais abusos e aproveitamento da situação de doente internado e proíbe, inclusive, qualquer tipo de proselitismo. Alerta ainda para o facto de o doente ter o direito de ver respeitadas as suas convicções culturais, filosóficas e religiosas no que diz respeito às opções terapêuticas tomadas pela equipa em relação ao tratamento, aos hábitos alimentares e aos rituais de nascimento e morte. Esta mesma carta aflora ainda, no direito seguinte, que deve ser contemplada a dimensão espiritual no acompanhamento, refere, integral, da fase terminal.

É todo o texto que compõe o segundo direito desta Carta de Direitos que motiva a coordenação nacional das capelarias a questionar a tutela acerca da razão pela qual não foram ouvidos na elaboração e redação deste documento. O interlocutor considerou então que deviam ser ouvidos já que têm a experiência do terreno, o que, nesta altura, coloca a Coordenação Nacional das Capelarias Hospitalares na mesa das negociações. A tutela recorre assim a esta coordenação para elaborar e redigir todo o texto que define a Assistência Espiritual e Religiosa no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 onde, pela primeira vez, este tipo de assistência vem contemplada e baseia-se nos pressupostos dos direitos dos doentes internados para indicar que, considerando que muitas vezes existem *«manifestações de indiferença face a este direito fundamental dos doentes, e mesmo relativamente a solicitações concretas que estes formulam e que são menosprezadas ou ignoradas»*⁶⁹.

O segundo acontecimento que interrompe as tais “ondas de choque”, referidas anteriormente, é a assinatura da Concordata, a 18 de Maio de 2004, na qual a República Portuguesa garante à Igreja Católica o livre exercício da assistência religiosa católica aos indivíduos que, por motivo de internamento hospitalar, estejam impedidos de manter a continuidade da sua prática religiosa, conforme o consagrado no direito à liberdade religiosa. Toda a Concordata está construída de forma a não “chocar” com a lei de liberdade religiosa que lhe é anterior. No que diz respeito à assistência religiosa no hospital, o articulado do artigo 18º é em tudo similar ao texto da lei de liberdade religiosa e, no artigo 28º define a possibilidade que permite à Igreja Católica desenvolver os conteúdos estabelecidos nesta Concordata, entre os quais a assistência religiosa hospitalar, através de acordos celebrados com a República Portuguesa. É o princípio da cooperação que deriva de uma interpretação positiva da separação entre a Igreja e o Estado: ambos *«reconhecem e garantem reciprocamente direitos e deveres, porque a actividade religiosa, sendo autónoma relativamente à actividade política e cívica que ao Estado cabe regular e assegurar, não deixa de ter uma presença no espaço público»* (Franco, 2004:12).

Finalmente, em 2009 surge o Decreto-Lei nº253, dando expressão ao que estava estabelecido no artigo 18º da Concordata firmada com a Igreja Católica e o artigo 13º da

⁶⁹ Idem, pág. 178.

Lei de Liberdade Religiosa, no que diz respeito às outras confissões, surgindo após 3 anos de negociações. Estes são dois dos pressupostos da constituição desta regulamentação, aos quais se juntam também os deveres do Estado que se centram na criação das condições mais adequadas à estruturação de um serviço que responda ao direito a ter uma assistência espiritual e religiosa consoante as necessidades manifestas de cada pessoa que recorra a uma instituição pública de saúde⁷⁰. No texto introdutório podemos ler que todo o regime e condições desta assistência se enquadra no que é hoje o quadro legal do Serviço Nacional de Saúde e, mais importante ainda, estabelecer «*as convenientes regras de acesso, de modo a conciliar a assistência solicitada com o bem-estar físico e espiritual dos doentes*».

Desde logo desperta a nossa atenção o exposto no Artigo 2º deste Decreto-Lei, que constitui uma norma transitória relativa à manutenção da presença do capelão, que até agora sempre esteve a cargo da Igreja Católica. Esta sempre foi uma preocupação presente nas negociações, mas esta norma vem apenas salvaguardar os lugares já existentes, bem como as regalias previstas para o cargo desempenhado. Não compõe qualquer solução de futuro relativamente à continuidade de uma assistência espiritual ou religiosa, seja de que credo for, posicionando-nos perante uma ambivalência: por um lado reconhece-se a importância desta dimensão, de uma forma tão formal quanto as leis o permitem, reconhecendo uma estrutura composta num serviço regulamentado; por outro lado, deixa em aberto o espaço, conforme forem saindo os titulares dos referidos cargos.

Como anexo deste Decreto-Lei, portanto parte integrante deste, estabelece-se então o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde. Refere desde logo, no seu primeiro artigo, que o seu objecto é «*assegurar as condições que permitam a prestação de assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde*», desde que também se garanta o «*respeito pela liberdade de consciência, de religião e de culto*». Esta garantia é dada às igrejas e comunidades religiosas reconhecidas legalmente, aspecto que vem lembrado também no Artigo 3º, que respeita à universalidade.

⁷⁰ Esta regulamentação virá dar resposta apenas a este contexto. De fora da nossa análise estão, naturalmente, os estabelecimentos prisionais, bem como todo o contexto religioso das instituições militares.

O capítulo seguinte dedica a sua atenção a todo o processo relativo à assistência espiritual e religiosa propriamente dita. Assim, neste capítulo II define-se que a prestação da assistência é realizada apenas quando solicitada pelo utente ou, caso este não o possa fazer, poderá esta solicitação ser feita por um familiar que esteja suficientemente próximo do utente para presumir que essa é a sua vontade. Da mesma forma, essa assistência deverá ser proporcionada de acordo com as convicções religiosas do utente, colocando-se duas situações: uma prende-se com o facto de que, mesmo que o utente tenha dado indicações relativas à sua confissão religiosa conforme o referido anteriormente, deverá ser ele a consentir que esta seja prestada pela sua comunidade de fé, caso não pretenda os serviços pelos assistentes que prestem serviço na unidade; a outra situação salvaguarda o utente de qualquer tipo de pressão que possa influenciar a escolha do assistente, por parte dos profissionais ou dos voluntários da unidade. Tanto quanto possível, este serviço deve ser solicitado na admissão do utente, considerando as limitações que este aspecto possa ter, nomeadamente se o internamento for feito numa situação de emergência. Caso a assistência seja feita por ministros externos à unidade, esta deverá acontecer sem custos para a unidade hospitalar. Ainda neste capítulo se define a necessidade de ter um local reservado para a assistência prestada e a deslocação do utente a esse lugar fica a cargo do pessoal da unidade de internamento, a menos que o utente não consiga deslocar-se ou não tenha consentimento clínico para o fazer: nestes casos o assistente deverá deslocar-se até ao utente, respeitando a presença dos outros, independentemente horário em que esse serviço é prestado.

O capítulo III do Decreto-Lei dedica-se à organização da assistência espiritual e religiosa, em concreto, na sua forma de organização dentro das unidades, que deve garantir o funcionamento regular da assistência, sendo-lhes imputadas as responsabilidades de apoio administrativo e apoio logístico, que inclui uma resposta célere e a garantia de possuir um ou mais locais para a prestação da assistência, bem como prever no seu regulamento as condições desta mesma prestação, demonstrando ainda abertura para acolher as propostas de assistência que poderão surgir dos responsáveis pela prestação deste serviço. Os próprios locais de culto deverão existir numa perspectiva ecuménica, de respeito para com as outras confissões, preservando, no entanto, os locais de culto católico, sendo que se houver necessidade, este local poderá ser utilizado por outras confissões cristãs. O último artigo deste capítulo gerou alguma

indignação por parte da Igreja Católica, uma vez que estabelece um rácio de 1 para cada 400 camas, o que na sua opinião, é claramente insuficiente.

O artigo 12º, capítulo IV, consagra dez direitos dos utentes no contexto desta assistência, constituindo o único artigo que lhes é dedicado, dos quais destacamos dois: um deles (alínea h) permite aos doentes manter consigo objectos religiosos, desde que não comprometam o espaço de internamento; o outro (alínea j) permite-lhes optar por uma alimentação de acordo com as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha de ser providenciada pelo próprio doente.

O Capítulo V vem definir quem são os assistentes espirituais ou religiosos, quais são os seus direitos e deveres ou o seu regime de trabalho e retribuição. Assim, poderão exercer estas funções aqueles que forem designados pela comunidade religiosa ou igreja, desde que, como já se referiu, estas últimas estejam registadas como tal, independentemente de terem ou não vínculo contratual com a unidade hospitalar. Da mesma forma, podem constituir um grupo de apoio, fundamentalmente de voluntariado, mas com as funções plenamente especificadas. No conjunto dos direitos e deveres, é proporcionado aos assistentes o livre acesso ao utentes que solicitem este serviço, devendo, se necessário, ser-lhe permitido o acesso às informações necessárias para o bom desempenho do seu trabalho. Este direito encontrará a sua contrapartida natural no dever de guardar sigilo. Ainda nos deveres é pedida a necessária articulação com os profissionais de saúde e constituir a sua actuação no sentido de um real contributo para a promoção da melhoria da prestação da assistência.

O documento termina com uma referência à necessidade de constituição de um regulamento próprio onde estejam definidas as regras gerais da assistência religiosa.

Não fazemos referência a um conjunto de outros aspectos que vêm mencionados neste decreto e seu anexo. A escolha recaiu naqueles aspectos que parecem ser os mais importantes para uma abordagem ao indivíduo e às suas necessidades, por um lado, e por outro, nos aspectos que revelam um processo de negociação, bem como de cooperação, entre as diferentes religiões e credos, exemplo do um real exercício de diálogo inter-religioso. Este é um exemplo, ainda que o seja por força das circunstâncias, da necessidade que as diferentes comunidades religiosas têm de abrir as

suas portas ao diálogo sem, no entanto, perderem as especificidades que as caracterizam e pelas quais os indivíduos as escolhem e exprimem a sua adesão. É no fundo uma manifestação da democratização do espaço religioso, por exigências da diversidade religiosa que pede abordagens plurais.

Apesar desta democratização do espaço religioso, julgamos que existe, na prática, uma relação privilegiada da Igreja Católica com Estado Português, não só pela sua história, mas também pelos serviços de natureza de “estado providência” que a primeira presta ao segundo. Esta relação pode ser caracterizada por uma neutralidade positiva (Monsma, 1993; Glenn 2000), isto é, um entendimento pluralista da ordem política e social que reconhece a importância das organizações religiosas na manutenção social e na transmissão de valores e hábitos significativos para essa manutenção. A neutralidade não será um fim em si mesma, mas mais um meio que garante a cooperação entre indivíduos e grupos. Esta relação e a evocação da Lei da Liberdade Religiosa poderá ter permitido às diferentes confissões religiosas um lugar efectivo na negociação, uma vez que foi esta a Lei que serviu de argumento para criar as condições para que a própria Igreja Católica exigisse concretização de negociações para a regulamentação do seu serviço nos hospitais. Na realidade, na nossa perspectiva, não se tratou de uma perda de hegemonia, mas de uma utilização eficiente do estatuto que essa hegemonia histórica proporcionou.

Convém referir também qual o enquadramento das unidades de saúde do sector privado, perante este quadro legal. Neste caso há duas situações que passamos a referir. Se a unidade presta serviço contratualizado ao serviço nacional de saúde, terá de ter uma resposta ao nível da assistência espiritual e religiosa. Algumas destas unidades pertencem a instituições privadas de solidariedade social ligadas à Igreja Católica e, portanto, fornecem principalmente um tipo de assistência espiritual e religiosa católica. Se as unidades de saúde são totalmente privadas, apenas incluem este serviço se tiverem unidades de cuidados paliativos.

PARTE 3

A ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL:

PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM CONTEXTO HOSPITALAR

Capítulo V

Abordagem metodológica: enquadramento das opções tomadas

Introdução

Na primeira parte desta investigação reflectimos sobre a coexistência do fenómeno de secularização e a continuação da sacralização de onde emergiu a hipótese de a espiritualidade se afigurar como um sinal da diversidade das crenças ou mesmo uma nova forma de ser religioso. Em consequência, reflectimos também sobre a reconstrução da identidade, a procura de sentido e a religião, reduto de comunidade e salvaguarda de traços identitários. Reflectimos depois sobre as possibilidades de reconfiguração espiritual motivada pela experiência de doença, olhando não só para o corpo e os seus percursos, mas também para a morte e o desejo de retardá-la. Na segunda parte a reflexão dirigiu-se para os cuidados espirituais em contexto hospitalar, nomeadamente uma reflexão sobre as práticas e a evolução do contexto legal que enquadra actualmente a actuação dos serviços de assistência espiritual e religiosa.

O enquadramento das primeiras duas partes desta investigação, aqui colocado de uma forma muito sumária, pretende sustentar o aspecto central ou ponto de partida desta investigação: sendo a espiritualidade uma nova forma de ser religioso, de que modo se estruturam os serviços de saúde para responderem a esta dimensão da existência humana?

Através da análise sociológica e seus contributos, bem como do recurso a metodologias quantitativas, mas, sobretudo, a metodologias qualitativas, a intenção da investigação centrou-se na compreensão do acompanhamento espiritual, tal como ele é actualmente desenvolvido no contexto global da saúde. Em concreto, perceber de que modo é considerado o acompanhamento ao nível de outras práticas religiosas, como é que os actuais dinamizadores dos serviços desenvolvem a sua actividade, que instrumentos e metodologias possuem para realizar o seu trabalho, ou ainda, que tipo de contributos este serviço oferece ao modelo de produção de cuidados em que se inserem.

Outro aspecto que entendemos ter um papel decisivo de enquadramento desta pesquisa, fundamentalmente enquanto factor exógeno à actividade de todos os participantes na organização do trabalho em saúde, mas condicionando-a, foi a celebração da nova

Concordata, e antes desta, a Lei de Liberdade Religiosa e, posteriormente o Decreto-Lei 253/09 de 23 de Setembro.

Neste sentido foram colocados os dois grandes objectivos. O primeiro objectivo foi o de efectuar uma caracterização dos serviços de assistência espiritual e religiosa e, dentro deste, não só definir tipos analíticos que nos permitam entender a forma como realizam e articulam o seu trabalho nos hospitais, como também compreender o impacto da legislação acerca da assistência espiritual e religiosa nas dinâmicas e rotinas hospitalares. A este objectivo dedicaremos o capítulo VI.

O segundo objectivo é a compreensão do entendimento que profissionais de saúde têm sobre o conceito em análise, ou seja, sobre a espiritualidade, verificando também as suas expectativas e desencantos. Este objectivo será concretizado no capítulo VII.

1. – A abordagem metodológica: da opção quantitativa à opção qualitativa.

Parecia ser interessante estabelecer a existência de um paradigma dominante, avaliando a forma como esse paradigma integra as diferentes dimensões do indivíduo, avançando uma análise das práticas dos cuidados de saúde no que respeita, fundamentalmente, à assistência espiritual. Estabeleceu-se como porta de entrada da investigação empírica os Serviços de Assistência Espiritual e Religiosa dos hospitais, optando-se por aplicar um questionário aos capelães hospitalares portugueses. As razões desta opção metodológica de tipo quantitativo centram-se no facto de os capelães hospitalares, por agirem directamente no terreno, estão em posição privilegiada para nos fornecer os elementos necessários para uma abordagem mais próxima das práticas da assistência espiritual no contexto hospitalar. Aparentemente, cada qual prestará esta assistência conforme o que vai aprendendo a partir da sua experiência, de forma intuitiva, validando a experiência em encontros e contactos com outros capelães. Mas, por um lado, os questionários apresentaram limitações ao nível da amostra, como referimos adiante. Por outro lado, despertaram a curiosidade ao nível dos «*sentidos e (d)as racionalidades que fazem cada um agir*» (Guerra, 2006: 10) pelo que tornou-se essencial recorrer a uma metodologia qualitativa e, conseqüentemente, proceder posteriormente a um conjunto de cinco

entrevistas e consequente análise de conteúdo (da qual também daremos conta mais adiante).

No entanto, a dinâmica hospitalar não deve passar só e apenas por estes serviços, conforme constatámos na Parte II. Assim, e tendo em conta a importância de registar também a opinião dos restantes profissionais de saúde acerca da assistência espiritual nos hospitais, foram realizadas oito entrevistas a diferentes agentes de produção de cuidados. A visão destes profissionais sobre a assistência espiritual e religiosa pode dar-nos pistas sobre o trabalho desenvolvido nos serviços.

1.1. O Questionário.

Depois do enquadramento teórico exposto que, conforme referimos, tentou sustentar o ponto de partida desta investigação, era necessário proceder a um primeiro levantamento que caracterizasse a assistência espiritual nos hospitais. Estes serviços são conhecidos como Serviços de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER), nome adequado ao quadro legal, ou como capelanias, termo mais utilizado dos discursos. Utilizaremos a partir daqui tanto a designação SAER como a designação de capelania para nos referirmos a estes serviços.

Na elaboração do questionário houve a preocupação de considerar a existência de questões abertas e fechadas, de modo a que nos permitisse ter uma ideia da situação actual destes serviços. O questionário aplicado (Anexo D) tem um total de 33 questões, sendo que 18 delas são questões abertas. Tentam averiguar o seguinte:

- Se o respondente é homem ou mulher e que idade tem;
- Em que tipo de unidade de saúde está inserido;
- Em que zona do país se situa a unidade de saúde;
- Em que zona da unidade de saúde se localiza o SAER, como está sinalizado e quantos serviços são abrangidos pela sua acção;
- Que tipo de equipamentos tem à sua disposição;
- Quais são as funções do responsável e quantos capelães fazem parte da equipa;
- Se existem outros profissionais ou voluntários associados e o que fazem;
- Se o capelão tem funções fora do hospital e qual a sua formação;

- Que tipo de serviço e de que forma é prestado e se existem restrições de acesso a outros serviços;
- Se utilizam algum instrumento de diagnóstico espiritual e que metodologia utilizam na realização da assistência;
- Perceber qual a importância da dimensão espiritual em saúde na perspectiva dos respondentes;
- Perceber quantas vezes este serviço encaminhou doentes para outras confissões religiosas e quais foram elas, bem como se mantém articulações com a comunidade paroquial e de que modo realizam essa articulação;
- Entender quais são os contributos reais da assistência espiritual e religiosa para os restantes membros das equipas de saúde;
- Para que equipas foram chamados e quantas vezes isso aconteceu;
- Qual foi a influência real da regulamentação na estruturação do serviço de assistência espiritual e religiosa, o que mudou depois da regulamentação e como seria o SAER ideal.

A intenção foi aplicar o questionário ao universo dos capelães. Uma vez que as capelanias hospitalares são da responsabilidade da Igreja Católica, solicitou-se a respectiva listagem à coordenação nacional das capelanias. Os dados apresentados dizem respeito a 60 questionários obtidos de um universo de 183 indivíduos, ou seja, obtivemos 32,7% de respostas do universo da população-alvo deste questionário. O envio foi feito por correio postal e por correio electrónico. O envio postal constituiu 80,3% do total, ao passo que o envio por correio electrónico constituiu 19,6%. No caso do envio postal, adicionou-se um sobrescrito com selo para devolução de respostas.

As devoluções sem questionário respondido, num total de 24, traziam as seguintes explicações:

- o facto de o capelão ter deixado as suas funções, por reforma ou por ter falecido, e não ter havido lugar à sua substituição (3 questionários);
- apesar de terem sido nomeados nunca assumiram as suas funções (12 questionários);
- o hospital foi transformado em centro de saúde e deixou de ter o serviço religioso (8 questionários);

- ou simplesmente nos referiram que “o assunto não tem qualquer interesse” (1 questionário).

Este último aspecto poderá também estar por detrás das 99 não respostas ao questionário. Este dado, por si só, poderá fazer-nos reflectir não só sobre as motivações dos capelães relativamente a esta função, mas também sobre o nível de importância dada às funções inerentes a este serviço, quer pelas estruturas hospitalares, quer também pela hierarquia da Igreja Católica que, até há pouco tempo, sempre foi a responsável pela prestação deste serviço.

Assim, procedeu-se à análise descritiva dos dados recolhidos, mas sem se fazer extrapolação para o universo porque não procedemos a uma escolha aleatória. O erro amostral também é muito elevado (10% para um grau de confiança de 95%). Apresentam-se os resultados caracterizadores dos inquiridos que responderam, ao longo do capítulo seguinte.

De qualquer forma, os dados recolhidos, em concreto as respostas às questões abertas, permitiram-nos construir uma tipologia que pretende caracterizar os serviços de assistência espiritual e religiosa dos hospitais portugueses, conforme também veremos no próximo capítulo, em concreto no ponto 2.

1.2. As entrevistas.

No sentido de sustentar cientificamente esta investigação, não só nas suas opções metodológicas, mas também para confirmar as descobertas que surgiram com os questionários, precavendo o lado “acidental” dessa descoberta, foram realizadas treze entrevistas, gravadas em suporte áudio, transcritas e depois analisado o seu conteúdo. Entrevistámos cinco capelães: um capelão de hospital universitário, um capelão, não sacerdote, de um hospital distrital, um capelão de um hospital psiquiátrico, um capelão de um centro de saúde com internamento ainda em funcionamento, uma mulher que desempenha funções como assistente espiritual numa unidade de saúde privada com prestação de serviços ao Estado. Por sua vez, do lado dos profissionais, entrevistámos oito profissionais de saúde: um médico do serviço de medicina de um hospital

polivalente público; uma enfermeira da unidade de cardiologia de um hospital polivalente público; um psicólogo hospitalar de um hospital polivalente público, unidade de neuropsicologia; uma gestora de um hospital psiquiátrico público monovalência; uma gestora de um hospital distrital polivalente público, um coordenador de uma unidade de cuidados intensivos de um hospital distrital polivalente público; uma coordenadora de uma unidade de cuidados paliativos privada, mas com serviço para a rede nacional de cuidados continuados integrados; uma coordenadora de um serviço de urgência de um hospital polivalente público.

Quadro 1 – Identificação das entrevistas

E1	Capelão de hospital universitário, polivalente público.
E2	Médica responsável pelo serviço de urgência de hospital polivalente público (zona urbana).
E3	Capelão de hospital psiquiátrico público (monovalência).
E4	Assistente espiritual sexo feminino numa unidade de saúde privada.
E5	Administradora de hospital psiquiátrico público (monovalência).
E6	Gestora de hospital distrital polivalente público.
E7	Médico do serviço de medicina de um hospital polivalente público.
E8	Médico responsável por unidade de cuidados intensivos de um hospital polivalente público.
E9	Capelão de hospital distrital polivalente.
E10	Enfermeira da unidade de cardiologia de um hospital polivalente público.
E11	Psicólogo hospitalar de um hospital polivalente público, unidade de neuropsicologia
E12	Enfermeira responsável por unidade de cuidados paliativos privada, mas com serviço para a rede nacional de cuidados continuados integrados.
E13	Capelão de centro de saúde com valência de internamento

O critério que presidiu a estas escolhas foi a tentativa de capturar, na diversidade das experiências dos entrevistados, sujeitos socialmente significativos (Guerra, 2006), expressas pelas suas narrativas, os elementos mais ilustrativos da presença ou ausência de um serviço de atendimento espiritual e religioso no contexto hospitalar; os elementos que no discurso proferido denunciam o posicionamento da dimensão espiritual no contexto das práticas quotidianas dos diferentes profissionais de saúde; e da noção efectiva do trabalho em contexto multidisciplinar a partir do posicionamento do *eu-*

profissional face ao outro-profissional e ao doente. No universo hospitalar, o discurso da experiência de um médico é diferente do discurso da experiência de um enfermeiro, ou de um responsável de unidade de internamento especializada face a um gestor hospitalar, como tem de ser diferente de todos estes, o discurso de um psicólogo. No caso dos capelães a diversificação das experiências também se apresentou de forma fundamental: um hospital em meio urbano é diferente de um centro de saúde, ou a perspectiva de uma prestadora de assistência espiritual, é diferente de um capelão sacerdote. A escolha, embora diversificada, não teve como objectivo a lógica da representatividade das diferentes profissões e actores, que no âmbito hospitalar são muitas e variadas. Teve antes, como objectivo, a lógica de encontrar, nos discursos diversos, as tendências comuns e as rupturas inevitáveis entre os actores hospitalares mais comuns, quando são convidados a pensar sobre um tema que aparenta estar tão presente como distante das práticas quotidianas.

Para realizar estas entrevistas, procedeu-se à construção de dois guiões que procuraram conciliar quer a experiência dos entrevistados, quer a perspectiva dos entrevistados sobre os temas que compõem o modelo de análise. Os guiões, disponíveis nos Anexos A e B, continham, para além das questões, alguns casos de índole mais prática, para se entender como é que o entrevistado se colocaria face à situação apresentada. Foi explicado a cada um dos entrevistados o âmbito temático desta investigação, garantiu-se o anonimato das declarações proferidas e foi dada total liberdade para responder. Por vezes, no decorrer da entrevista, ofereceu-se a possibilidade de introduzir mais uma ou outra questão, no sentido de se clarificar melhor o discurso. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho de cada um, excepto no caso da enfermeira e do capelão de centro de saúde com internamento, conforme veremos adiante. Todas tiveram lugar durante o mês de Abril de 2012. As sinopses das entrevistas efectuadas estão presentes no Anexo C.

Na relação estabelecida com os entrevistados, e salvaguardando todas as questões de ordem ética, tentou manter-se quer a neutralidade, quer o controlo sobre qualquer emissão de juízo de valor. Os entrevistados reconheceram o interesse da pesquisa, disseram-se curiosos e evidenciaram a preocupação de prestar as informações mais adequadas e produtivas para a investigação.

O primeiro entrevistado foi o capelão, padre católico e coordenador do serviço de assistência espiritual do hospital universitário, polivalente público (E1). A entrevista foi feita na sala de pequenas dimensões e que serve de apoio à Capela do hospital. As respostas foram dadas com calma e um tom baixo e sussurrante. A todas as perguntas seguia-se um tempo de silêncio que interpretamos de ser um momento de procura da melhor resposta.

A médica responsável pelo serviço de urgência (E2) de hospital polivalente público (serve uma zona urbana) recebeu-nos na sala de direcção da urgência do hospital que é, ao mesmo, sala de reuniões (a sala dispõe de uma pequena mesa e cadeiras para reunião, lugar onde foi conduzida a entrevista). Foi uma conversa agradável, bem disposta, apesar de inicialmente esta médica ter referido que não dispunha de muito tempo. A entrevistada hesitava perante alguns conceitos e as respostas foram dadas com exemplos do quotidiano das urgências. Acabou por dar respostas longas, partilhou alguns aspectos da sua vida pessoal e, no final da entrevista, quando referimos que já lhe tínhamos tomado muito tempo, disse que não havia qualquer problema.

A terceira entrevista foi realizada ao capelão de hospital psiquiátrico (monovalência) público (E3). Este padre católico tem estatuto de voluntário, não fazendo parte dos quadros do hospital. A entrevista foi feita na sala de apoio à Capela do hospital. A estrutura do hospital é de composição dispersa, com várias unidades de internamento e outros serviços. As respostas foram dadas com calma, com silêncios antes de cada resposta. No final da entrevista, o capelão mostrou algum do material de que se socorre para trabalhar no dia-a-dia do hospital.

Seguiu-se a entrevista à assistente espiritual, do sexo feminino, numa unidade de saúde privada (E4). É assistente espiritual com formação em teologia. Não é uma religiosa (freira consagrada). Faz parte dos quadros da unidade. O serviço tem também um capelão e uma agente de pastoral (sem formação superior) e instalações próprias e adequadas ao trabalho que é feito por estes profissionais. Fala com convicção, mesmo quando diz que não tem a certeza ou que não sabe.

A quinta entrevistada foi a administradora de um hospital psiquiátrico (monovalência) público (E5). Economista, pertence ao conselho de administração do hospital e a

entrevista decorreu no seu gabinete, no edifício principal. A entrevistada demonstrou conhecimento do hospital que gere: mostrou, pós-entrevista, a planta do hospital e contou a história do mesmo. Acompanhou à saída evidenciando alguns detalhes das obras de arte feitas pelos doentes deste hospital, expostas nos corredores do edifício. As perguntas foram adaptadas ao contexto de psiquiatria. Nalguns casos a entrevistada não respondeu indicando que como não está na primeira linha dos cuidados não tem um conhecimento profundo acerca de alguns aspectos.

Curiosamente a entrevista que se seguiu foi a outra gestora, desta vez de hospital distrital polivalente público (E6). À semelhança da entrevistada anterior, também esta tem formação em economia e também pertence ao conselho de administração do hospital. A entrevista decorreu no seu gabinete de trabalho. A entrevistada vem de outro domínio da saúde e tomou posse no hospital 5 meses antes da entrevista. Referiu várias vezes que ainda se está a inteirar de todos os assuntos do hospital. Referiu não conhecer alguns aspectos concretos da assistência hospitalar.

Seguiu-se a entrevista a um médico do serviço de medicina de um hospital polivalente público (E7). A entrevista decorreu numa sala da unidade. Esteve sempre muito nervoso e impaciente com o tempo, tentando dar respostas o mais objectivas possível.

A oitava entrevista foi feita ao médico responsável por unidade de cuidados intensivos de um hospital polivalente público (E8). A entrevista de correu numa sala da unidade. Ainda antes de sentar e começar a colocar as questões, quando lhe expliquei o objecto da investigação, este médico comentou logo o que é e o que significa para ele a espiritualidade. Depois ligou sempre as respostas a esse comentário inicial, vagueando por vezes, nalgumas delas.

A nona entrevista foi ao capelão de um hospital distrital polivalente (E9). Este capelão é diácono permanente (católico e casado) e é funcionário do hospital. A entrevista decorreu no seu gabinete, com acesso à varanda da capela do hospital. Foi muito simpático durante a entrevista e teve alguma preocupação com as respostas, ilustrando-as com exemplos do seu quotidiano.

A entrevista à enfermeira da unidade de cardiologia de um hospital polivalente público (E10) decorreu fora do hospital por aí não existirem condições físicas para a realização da entrevista. Manifestou alguma dificuldade em distanciar-se da sua posição pessoal face ao tema. Apresentou sempre uma posição construtiva face às dificuldades que enumerava acerca do serviço de assistência espiritual e religiosa do seu hospital.

Entrevistámos depois um psicólogo hospitalar de um hospital polivalente público (E11), da unidade de neuropsicologia desse hospital. À hora marcada teve de atender uma situação urgente e quando iniciámos a entrevista explicou, pedindo desculpa, que os doentes são a razão de ser daquele serviço e, por conseguinte, prioritários. Falou sempre em tom baixo, respondendo de forma calma, prolongada e cheia de exemplos. Foi sempre simpático e interessado no tema.

A penúltima entrevista foi feita à enfermeira responsável por uma unidade de cuidados paliativos de uma instituição privada (E12), mas que presta serviços para a rede nacional de cuidados continuados integrados. A entrevista decorreu no seu gabinete, no serviço. Foi receptiva a todas as questões e elogiou o trabalho que o capelão daquela unidade desenvolve junto do seu serviço.

Por fim, entrevistamos um capelão de centro de saúde com valência de internamento (E13). Este capelão é um padre católico. Para além das 6 horas que dedica ao trabalho de capelania, é também pároco. Esta é a única experiência que tem no âmbito da Saúde. Uma vez que o centro de saúde não tem as mesmas características polivalentes do hospital, há perguntas que foram adaptadas à circunstância de centro de saúde. A entrevista decorreu nas instalações da paróquia porque o centro de saúde não dispõe de nenhum espaço para o atendimento.

1.3. A análise de conteúdo

A análise de conteúdo pode ser definida como uma técnica de pesquisa que torna as inferências do material analisado válidas e reproduzíveis seja qual for o contexto da sua utilização (Krippendorff, 2004), ou seja, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de determinado material, podemos inferir um

conjunto de conhecimentos relativos a esse mesmo conteúdo (Bardin, 1991). A análise de conteúdo procurará revelar-nos diferentes sentidos que estão contidos nos discursos dos entrevistados.

Já percorremos um longo caminho no que diz respeito à análise de conteúdo. O percurso histórico desta técnica, apesar dos seus antecedentes, como a hermenêutica, inicia-se no princípio do séc. XX, a partir das primeiras análises ao conteúdo jornalístico de então, passando pelo interesse da política e da propaganda entre 1940 e 1950. Entre os anos 50 e 60, década de expansão, verificou-se o confronto de duas perspectivas de comunicação, quer no plano epistemológico, quer no plano metodológico (Bardin, 1991). Quanto ao plano epistemológico, por um lado, a perspectiva instrumental considera que o mais importante não é o que a mensagem nos transmite à primeira vista, mas mais o que ela comporta, tendo em conta quer o seu contexto, quer as suas circunstâncias; por outro lado, a perspectiva representacional, cujo enfoque cairá naquilo que as palavras nos revelam, transformando-se elas próprias em indicadores que contêm quer o contexto quer a circunstância da sua produção. Já no plano metodológico verifica-se nesta década o contraponto entre as técnicas quantitativas, avaliando a frequência das características, e as técnicas qualitativas considerando a presença ou a ausência de uma característica do conteúdo. Os anos 60 trouxeram a introdução dos sistemas computadorizados para assistência ao procedimento analítico, obrigando a uma definição das unidades de codificação e tornando todos os procedimentos mais céleres. Actualmente existem várias possibilidades para que se possa proceder de uma forma mais eficaz e completa à análise de conteúdo.

Após uma pesquisa pelos diferentes programas existentes no mercado, a opção recaiu sobre o programa NVivo versão 9. Este programa é um software de análise qualitativa que permite ao utilizador uma maximização da exploração, análise e compreensão de um determinado texto, neste caso concreto, do conteúdo das entrevistas efectuadas. É um programa desenvolvido pela QSR. Esta empresa surgiu em 1995 como tal, mas a sua origem encontra-se em 1981 quando foi desenvolvido o primeiro software, chamado NUD*IST⁷¹, pela Universidade de La Trobe de Melbourne, na Austrália. As principais razões da escolha foram o facto de o NVivo 9 ter uma versão em língua portuguesa, o

⁷¹ Non-numerical Unstructured Data Indexing Search and Theorizing.

facto de ter um conjunto gráfico muito atractivo de apresentação dos dados aliado ao ambiente amigável de manuseamento e, finalmente, o facto de possibilitar uma visualização rápida das diferentes categorias e indicadores que compõem cada uma das dimensões do modelo de análise. A utilização deste programa possibilitou-nos uma redução considerável do tempo que se despenderia a proceder a uma organização e classificação dos dados de forma manual. Estando todas as entrevistas classificadas, a mobilidade do investigador em todo o material de que dispõe é muito grande.

Em termos técnicos, o NVivo 9 permitiu-nos desenvolver uma análise temática, portanto, qualitativa. Foi muito importante a construção consistente de diferentes níveis e respectivas unidades temáticas nas dimensões presentes nos conceitos do modelo de análise, uma vez que esta construção permitiu desbravar as entrevistas em função do próprio modelo (no NVivo intitulam-se “nós”). Visualmente, no programa, esta construção assume uma estrutura de árvore, que é utilizada em algumas técnicas de análise de conteúdo. Esta construção pode ser vista no Quadro 2.

Quadro 2 – Níveis de análise e unidades temáticas encontradas durante a análise de conteúdo

Conceito	Níveis de análise	Unidades Temáticas
Dimensão Espiritual	Espiritualidade	Cultura
		Diálogo Inter-religioso
		Direito
		Religião e transcendência
		Sentido da vida
		Valores
		Indivíduo
	Perspectiva de Cura e Salvação	Biológica
		Psicológica
		Social
		Religiosa
		Espiritual
	Razões de Procura	Religiosa
		Espiritual
		Necessidade de companhia
		Associação à morte
Medos, incertezas e ansiedade		
Direito	Procura de esperança	
	Reconhecimento	
Agentes prestadores de cuidados	Reconhecimento	Efectivação
		Imagem positiva do SAER
	Produção de cuidados	Imagem negativa do SAER
		Capelão dá resposta
		Qualquer profissional pode dar resposta
		Existe uma resposta por parte do SAER
		Não existe resposta por parte do SAER
Necessidade de formação		

Modelo de produção de cuidados	Multidisciplinariedade	Existência de uma óptica multidisciplinar
		SAER presente na equipa
		SAER ausente da equipa
		A espiritualidade é importante
		A espiritualidade não é importante
		Prioridade aos cuidados de saúde
	Atendimento	Favorecedor
		Solícito
		Vincular
		Retemperador
		Diligente
		Integrador
	Concretização do Serviço	Utilização de instrumentos
		Assistência Holística
		Condições físicas de atendimento

Depois desta construção, em primeiro lugar tomámos em consideração, como unidade de registo, a palavra, procedendo à pesquisa das palavras mais utilizadas nas diferentes entrevistas através da respectiva contagem da frequência e percentagem ponderada face à totalidade de cada resposta, à totalidade de cada entrevista e face à totalidade do conjunto das entrevistas divididas em dois grupos: o grupo dos capelães e o grupo dos outros profissionais de saúde. A seguir, procedemos ao recorte do conteúdo de cada uma das entrevistas nas diferentes categorias e respectivos níveis de análise (análise temática), aferindo também qual o seu peso percentual face a cada uma das entrevistas. O fornecimento da percentagem ponderada face à totalidade de cada entrevista (ou ao conjunto de entrevistas), ou o fornecimento de indicadores de correlação entre os elementos que requisitamos para análise, revela-nos pistas para entender a importância de cada elemento temático no contexto das entrevistas efectuadas. Para esta análise o programa utiliza o coeficiente de correlação de Pearson⁷² na comparação pela similaridade das palavras e o coeficiente de Jaccard⁷³ na comparação da codificação efectuada pelo utilizador. Este procedimento e respectivos resultados são obtidos através de uma análise de clusters disponibilizada no programa.

É importante ressaltar dois aspectos: em primeiro lugar, os coeficientes apresentados pelo NVivo9 não comportam a medição de probabilidades por não se tratar de um programa de natureza estatística; em segundo lugar, apesar de apresentarmos as

⁷² Este coeficiente é usado para encontrar a força de uma associação entre duas variáveis. O valor obtido encontra-se entre 0,00 (sem correlação) e 1,00 (correlação perfeita). Na generalidade as correlações que se encontrem acima de 0,80 são consideradas muito altas.

⁷³ Este coeficiente é usado na comparação dos documentos. Mede a semelhança entre dois conjuntos, neste caso, entre cada entrevista. O valor obtido encontra-se entre 0,00 (sem semelhança) e 1,00 (semelhança total).

contagens fornecidas, os seus dados percentuais ou mesmo dos coeficientes respectivos, a ideia da utilização destes dados é apenas para acrescentar o contributo que cada um destes elementos possa fornecer à componente interpretativa. Por conseguinte, nos dois próximos capítulos, tomaremos em conta principalmente a análise das diferentes unidades dos discursos para melhor ilustrar as descobertas que sobressaem desta investigação.

1.3.1 - Síntese dos dados apurados com recurso ao programa NVivo 9

Conforme referimos, foram realizadas 13 entrevistas às quais se seguiu o respectivo tratamento informático. O tratamento foi feito por questão, por entrevista, e nos dois conjuntos: capelães e outros profissionais de saúde. No Anexo F poderão ser vistos os outputs desta contagem, nomeadamente as 10 palavras mais usadas por questão, por entrevista e nos referidos conjuntos ou a distribuição percentual de referências categorizadas nas 13 entrevistas.

Não está aqui presente uma preocupação crua de medição de palavras ou da importância de uns níveis de análise relativamente a outros. O recurso a estas potencialidades do programa tem como preocupação o fazer emergir aspectos que nos ajudem a olhar e a interpretar o objecto de análise. De qualquer forma, uma das primeiras coisas a explorar foi a palavra mais frequente em cada uma das entrevistas. Assim, a mais frequente foi a palavra “Pessoas” (utilizada quer no singular quer no plural) que ocupou o primeiro lugar em 9 das 13 entrevistas efectuadas. Nas restantes 4 entrevistas, em 3 a palavra “Doente” é a mais frequente e apenas um dos entrevistados utiliza a palavra “Equipas” como maior frequência.

Quadro 3 – 10 Palavras mais frequentes e respectivo valor percentual ponderado à totalidade dos conjuntos dos profissionais de saúde e dos capelães.

Conjunto dos Profissionais de Saúde			Conjunto dos capelães		
Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)	Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoas	275	3,59	Pessoa	131	3,34
Doente	118	1,54	Doente	68	1,73
Doença	53	0,69	Sentido	41	1,05
Equipa	46	0,60	Serviço	36	0,92
Espiritualidade	44	0,57	Espiritual	27	0,69
Processo	41	0,53	Espiritualidade	27	0,69
Trabalho	39	0,51	Saúde	26	0,66
Espiritual	38	0,50	Religiosa	24	0,61
Organização	43	0,44	Hospital	23	0,59
Sentido	33	0,43	Religião	22	0,56

Na comparação entre dois grupos a palavra “pessoas” é mais frequente no conjunto dos outros profissionais de saúde, conforme podemos observar no quadro 3. Com estes dados procedemos à construção gráfica (em Excel) de modo a possibilitar-nos uma comparação visual entre cada uma das entrevistas e os valores dos seus conjuntos.

Gráfico 1 – Percentagem ponderada da palavra “Pessoa” obtida nas entrevistas aos capelães comparada com o valor percentual ponderado obtido no conjunto dessas entrevistas.

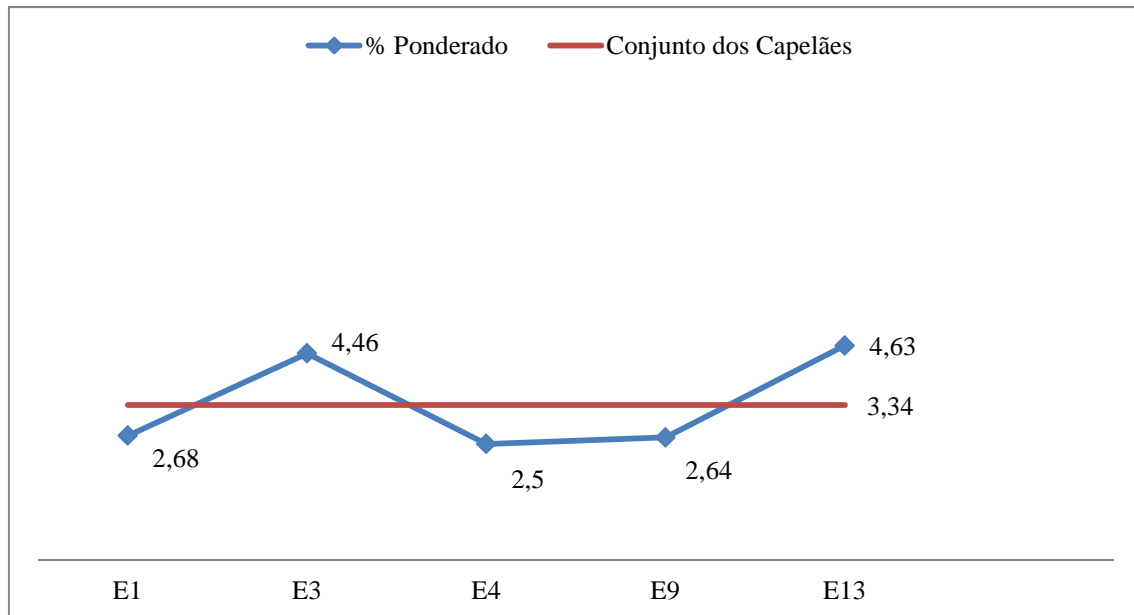
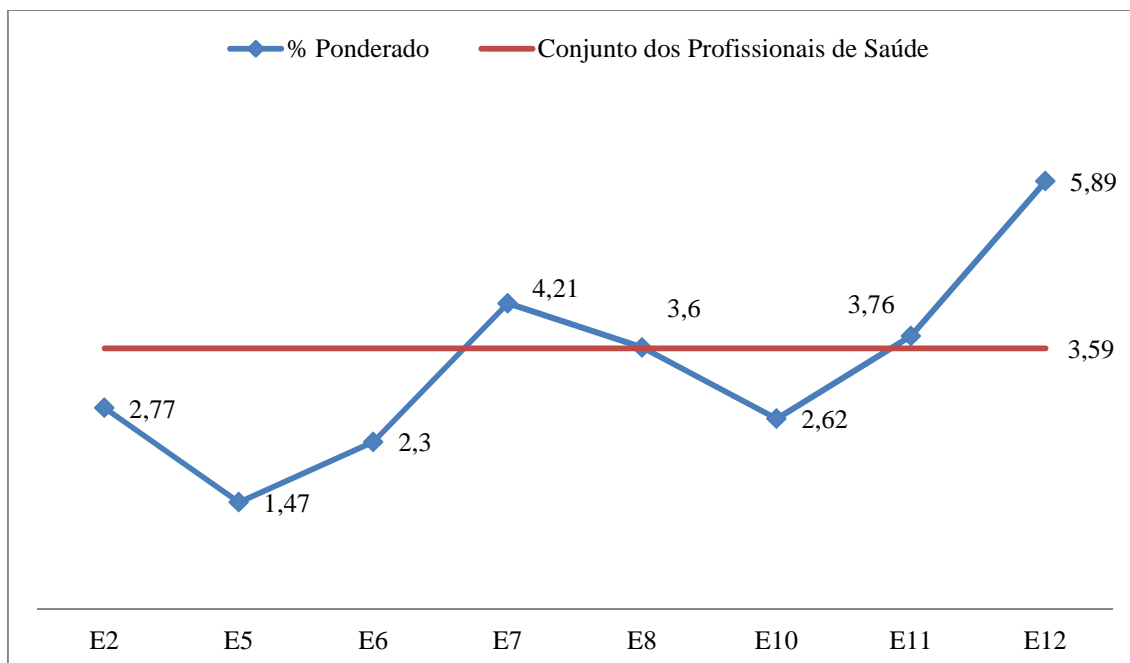


Gráfico 2 – Percentagem ponderada da palavra “Pessoa” obtida nas entrevistas aos profissionais de saúde comparada com o valor percentual ponderado obtido no conjunto dessas entrevistas.



Também foi interessante perceber qual a palavra mais utilizada no conjunto temático acerca do conceito espiritualidade e acerca do conceito de multidisciplinaridade (Quadro 4).

Quadro 4 – 10 Palavras mais frequentes e respectivo valor percentual ponderado à totalidade das respostas ao conceito de espiritualidade e de multidisciplinaridade.

Espiritualidade			Multidisciplinaridade		
Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)	Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoa	44	3,47	Equipa	25	2,40
Espiritualidade	30	2,37	Pessoa	22	2,11
Sentido	20	1,58	Multidisciplinar	21	2,02
Vida	16	1,17	Doente	16	1,54
Religiosa	11	0,87	Abordagem	13	1,25
Dimensão	10	0,79	Médicos	11	1,06
Espiritual	9	0,71	Trabalho	11	1,06
Humana	9	0,71	Sentido	10	0,96
Religião	9	0,71	Enfermeiros	8	0,77
Igreja	7	0,55	Profissionais	8	0,77

Neste caso é interessante observar que, no que respeita ao conceito de espiritualidade os entrevistados utilizam muitas palavras associadas à religião. Isso acontece porque os entrevistados associaram o conceito espiritual ao conceito religioso quanto à sua definição, mas, na maioria das entrevistas, os conceitos aparecem por comparação.

Quanto ao conceito de multidisciplinaridade o realce vai para a palavra “equipa”, embora, como veremos a seguir, o conceito “equipa multidisciplinar” ainda se refira às diferentes disciplinas dentro de uma classe profissional (medicina).

Procedeu-se, posteriormente, à contagem das palavras das respostas por questão. Esta contagem, nestes dois temas, sustenta os resultados obtidos. No entanto, quando contamos as palavras mais usadas pelos capelães acerca do conceito espiritualidade a palavra “vida” aparece em primeiro lugar com uma percentagem ponderada de 4,63%.

Nesta contagem de palavras às respostas por questão verifica-se uma certa uniformidade com a contagem por entrevistados. É, julgamos, importante referir que a palavra “Deus” só assumiu o primeiro lugar nos rankings nas respostas dos capelães aos casos 3 e 4 do guião e nas respostas dos profissionais de saúde ao caso 2 do guião respectivo.

Foi também possível proceder ao estabelecimento do nível de correlação entre as palavras presentes nas diferentes entrevistas (os valores de correlação obtidos podem ser vistos no Anexo G), e o estabelecimento do nível de semelhança da codificação realizada (os valores de correlação obtidos podem ser vistos no Anexo H). Assim, a entrevista efectuada à médica responsável pela urgência (E2) e a entrevista efectuada ao psicólogo hospitalar (E11) apresentam uma correlação positiva de média intensidade⁷⁴. Por outro lado, no que respeita à codificação, há uma semelhança positiva forte entre a codificação efectuada nas entrevistas da médica responsável pela urgência (E2) e da enfermeira (E10)⁷⁵.

Por conseguinte, do tratamento destes dados emergiu o facto de nos discursos dos entrevistados existir a preocupação de referir as “pessoas” que, no fundo, são alvo dos cuidados e a razão de ser das suas actividades. As diferenças identificadas poderão estar relacionadas com a natureza mais específica das funções que cada profissional de saúde exerce ou a natureza da unidade em que está inserido. Este aspecto é muito evidente quando comparamos, por exemplo, o valor percentual obtido na entrevista às administradoras hospitalares, inferior ao valor médio, com o valor obtido na entrevista à coordenadora da unidade de cuidados paliativos, valor mais alto obtido (ver gráfico 2).

⁷⁴ $r = 0,58$.

⁷⁵ $c_j = 0,62$.

Por fim referir que estes dados evidenciaram também a tendência de se associar o conceito de espiritualidade ao conceito de religião, aspecto que exploramos adiante no capítulo VII.

Capítulo VI

Retratos dos serviços de assistência espiritual

1 – Caracterização dos serviços.

1.1. - Quem são e onde estão os inquiridos

Colocámos uma questão de caracterização dos inquiridos (Questão 1) que incluía a idade e o género. Quanto à idade, a média dos inquiridos situa-se nos 54,50 anos de idade, a mediana situa-se nos 53, o que nos dá uma boa distribuição etária, e uma moda de 48 anos⁷⁶. O respondente mais novo tinha 29 anos e o mais velho tinha 90 anos. Dividimos os inquiridos por escalões etários: 25,9% tem até 40 anos de idade, 36,2% tem entre 41 e 60 anos, e a maior percentagem dos inquiridos tem mais 60 anos de idade (37,9%).

Quanto à distribuição por sexo, 91,7% dos inquiridos são do sexo masculino e 8,3% são do sexo feminino.

Para podermos proceder à caracterização das unidades de saúde nas quais os inquiridos prestam serviço, utilizámos a nomenclatura actual do Ministério da Saúde no que está estipulado quanto ao tipo de prestadores de serviços de saúde (Questão 2). Foram propostos e obtidos os seguintes resultados: centro de saúde ou extensão (com 16,7% de respostas), centro de saúde ou unidade de saúde familiar, centro regional de alcoologia (ambos com 0 respostas), Hospital (com 41,7% de respostas), Centro Hospitalar (com 26,7%), Maternidade (0 respostas), e a possibilidade de ser um outro tipo de serviço, que poderia incluir hospitais do sector privado, hospitais psiquiátricos ou misericórdias, por exemplo (com 15,0% de respostas).

Tal como na questão anterior, quisemos perceber em que administração regional de saúde se situava a unidade a que pertencia o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (Questão 3). Deste modo, recorreu-se à divisão administrativa nacional que o Ministério da Saúde também utiliza e que, neste momento são sete administrações regionais. Assim, 38,3% pertence ao Norte; 20,0% à região centro; de Lisboa e Vale do

⁷⁶ O SPSS dá-nos conta da existência de múltiplas modas, apresentando o valor mais baixo.

Tejo recebemos 23,3% das respostas; Alentejo com 10,0% de respostas; a região autónoma dos Açores com 5,0% das respostas; O Algarve e a região autónoma da Madeira apresentaram iguais valores: 1,7% de respostas em cada uma das regiões.

1.2. - Localização, sinalética e equipamentos

A localização do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa na estrutura física dos hospitais (Questão 4 de formato aberto), na maior parte dos casos encontra-se junto ao espaço reservado para a Igreja Católica. Este espaço é, no caso dos equipamentos mais antigos, uma capela. É um espaço que está em zonas onde o movimento das pessoas é elevado, como seja, a cafetaria, a entrada principal ou junto a elevadores. Alguns dos inquiridos fazem referência ao facto de terem solicitado um espaço específico para este serviço, mas que este pedido ainda não terá sido atendido. Apesar de raros, alguns inquiridos referem ter instalações próprias, mais concretamente em zonas administrativas de acesso público.

Quanto à sua sinalização (Questão 5 de formato aberto), para além de algumas referências à possibilidade de o utilizador poder recorrer a esta informação nas páginas de internet, o mais comum é a sinalética com a palavra “capela” (por vezes com a indicação do patrono da própria capela) ou “capelão”, seguida da sinalética com a expressão “serviços religiosos”. Apenas um inquirido refere que a sinalética especifica o serviço como sendo de “assistência espiritual e religiosa”. Alguns referem não existir qualquer tipo de sinalização.

Todos os inquiridos referem que o serviço atende todas as unidades do hospital (Questão 6 de formato aberto), nalguns casos, serve ainda equipamentos hospitalares que estão próximos, como é o caso específico dos Hospitais de Viana do Castelo ou S. Bernardo em Setúbal, cujas equipas servem outras unidades de saúde. O número de serviços, como seria de esperar, é diferente de unidade para unidade: desde uma, quando a unidade tem uma especificidade funcional (por exemplo, o facto de ser uma unidade de convalescença) a mais de quatro dezenas.

Relativamente aos equipamentos e instalações disponíveis para o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (Questão 7 de escolha múltipla), 79,3% referiram ter ao seu dispor a capela católica existente no Hospital. Quanto à existência de um espaço disponível para outras confissões religiosas, apenas 8,6% refere existir este espaço, 19,0% refere dispor de sala de atendimento nos diversos serviços da unidade de saúde, outra obrigação legal. O não cumprimento das imposições legais é também evidente nos 12,1% de respostas que referem não ter nenhuma estrutura que possa ser utilizada como espaço religioso. Esta questão oferecia a possibilidade de escolha múltipla e neste sentido 39,7% refere ainda ter ao seu dispor outro tipo de equipamentos, nomeadamente, sacristia, gabinete para o responsável do serviço, várias salas ou zona de atendimento, junto dos gabinetes ou capela, alguns referem ter acesso ao Salão Nobre, Biblioteca ou até uma Casa de Habitação. Nos locais onde não há capela referem ter salas com oratórios ou o próprio gabinete que serve de capela.

1.3. - Funções dos capelães e apoio funcional ao Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

No que diz respeito às funções propriamente ditas (Questão 8 de formato aberto), a maioria dos inquiridos referiram que a sua função é ser capelão. Esta resposta tende a revelar, na nossa opinião, um certo apego a funções mais passivas, de carácter celebrativo ou mais ligadas ao que tradicionalmente chamamos de serviço religioso. No entanto, dois respondentes especificaram mais aquilo que é a sua função como responsável: o primeiro refere que coordena toda a actividade deste serviço, ainda que as suas tarefas principais sejam as de capelão, garante as “relações institucionais” com os responsáveis da unidade e outras confissões religiosas, participa em comissões especializadas e nas iniciativas formativas do departamento de formação do seu hospital; o segundo enuncia as funções de acordo com o seu regulamento interno, sendo elas: zelar pelo bom funcionamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa e suas necessidades, reunir regularmente a sua equipa, elaborar os horários de funcionamento do serviço, atendimento e culto, estabelecer horários de rotatividade (assistência nocturna, feriados e outros dias equiparados), distribuir o trabalho pelos membros da equipa, velar pela dignidade e boa conservação dos espaços e alfaias de culto, garantir que os pedidos de assistência espiritual e religiosa são atempadamente

atendidos, zelar para que os pedidos de assistência espiritual e religiosa de outras confissões religiosas sejam comunicados às respectivas comunidades em tempo útil, zelar pelo bom funcionamento dos circuitos de comunicação, cuidar da publicitação dos horários e informações do serviço, garantir a elaboração de registo dos pedidos de assistência espiritual e religiosa, promover a formação dos membros da equipa, elaborar o relatório da actividade do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, bem como o projecto anual do serviço em colaboração com a equipa. Ora os capelães não estão sozinhos no trabalho que desenvolvem e fazem por vezes referência a uma equipa.

Neste sentido considerámos pertinente perceber quem mais está presente neste serviço através de seis questões (8, 9, 10, 11, 12 e 14 de formato aberto, e a questão 13), a que respeita a outros profissionais e a que respeita a voluntários. A maioria dos inquiridos refere que o seu serviço de assistência espiritual e religiosa tem 1 capelão (68,4%). 17,5% refere ter 2 capelães ao serviço; 7,0% refere ter 3 capelães e 3,5% refere ter 4 capelães neste serviço. Existem ainda dois valores iguais mas em lugares opostos: 1,8% que refere não ter nenhum capelão no Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa e o mesmo valor pesa numa resposta que nos indica ter 15 capelães ao serviço.

Conforme referido, a intenção deste conjunto de questões era entender a complexidade organizativa do serviço, percebendo se existiam muitos casos em que, para além do capelão ou capelães, existe mais algum funcionário pago pela unidade de saúde. Assim, a maioria refere não ter funcionários auxiliares ou administrativos (84,2%); apenas 15,8% respondem afirmativamente a esta questão. Estes últimos referem ter desde o sacristão, a uma auxiliar de acção médica ou que, pontualmente, outros profissionais ajudam na concretização de actividades. Na mesma linha da questão anterior, 72,7% referem não ter outros profissionais remunerados no serviço para além dos que foram enunciados, ao passo que 27,3% refere que existem outros profissionais, com referência a algum assistente espiritual ou outro capelão que também seja remunerado.

Quanto aos voluntários, apenas sete inquiridos referem não ter nenhum voluntário. Os restantes referem grupos com números muito variáveis (o maior grupo referenciado tem 150 voluntários) e alguns com ligações às paróquias. As actividades que estes voluntários desenvolvem podem ser divididas em dois tipos: o primeiro tipo diz respeito às actividades de logística e apoio no Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa,

muito ligado também às celebrações religiosas, como a preparação e ornamentação dos espaços da capela, por exemplo; o segundo diz respeito às actividades de contacto directo junto dos doentes, desde as visitas às unidades, à distribuição da comunhão, passando pela divulgação do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa. Sabemos que nalguns casos há voluntários que são profissionais de saúde, mas que dedicam parte do seu tempo em actividades deste serviço. Neste sentido quisemos saber se algum dos voluntários era profissional de saúde e 29,4% responde positivamente a esta questão. 70,6% refere não ter profissionais da sua unidade (ou outra) como voluntários do seu serviço.

1.4. - Para lá do contexto hospitalar: funções externas e formação

Para além do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, 84,7% de inquiridos refere que tem outras funções na sua comunidade de fé, contra os 15,3% dos inquiridos que refere a função de capelão hospitalar como a única que desenvolve (Questão 15). Constatamos assim que a maioria dos inquiridos não apresenta uma situação de dedicação exclusiva ao serviço de assistência espiritual e religiosa, ou seja, habitualmente são também párocos de alguma paróquia próxima da unidade.

Outro aspecto importante é o tipo de formação de base que os capelães têm, uma vez que a capelania em contexto hospitalar tem um conjunto de exigências que necessitam de uma preparação mais especializada (Questão 16). Assim, 82,1% dos inquiridos referem ter licenciatura em Teologia, 12,5% possuem licenciatura em Ciências Religiosas, 21,4% possuem o grau de mestre e 5,4% possuem o grau de doutor (em Teologia ou Estudos Portugueses). A formação é, nalguns casos, complementar, uma vez que alguns inquiridos referem ter mais do que uma licenciatura, mas outros referem não ter formação académica ou ter outro tipo de formação (21,4%). No que diz respeito à formação complementar falamos em cursos como Serviço Social, Psicopedagogia, Counseling, Ética (em concreto a formação em ética, espiritualidade e saúde da Universidade Católica), Enfermagem, Gerontologia e Direito Canónico.

1.5. - Dinâmica do serviço de assistência espiritual e religiosa.

1.5.1 - Aspectos estruturais

Quisemos saber que tipo de serviço era prestado pelo Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, colocando as hipóteses mais habituais deste tipo de serviços (Questão 17 de escolha múltipla). Os inquiridos tinham a possibilidade de escolher mais do que uma resposta. Assim, 98,3% refere prestar assistência espiritual e religiosa católica, e apenas 8,5% presta assistência espiritual e religiosa de outra confissão, de forma permanente, sem indicarem especificamente qual. Adicionalmente, a actividade concentra-se na realização de sacramentos (79,7%) ou na realização de celebrações religiosas (72,9%). 23,7% refere ainda ter como actividades o apoio social ou ajuda sócio-caritativa, participação em actividades de outros departamentos ou serviços, como seja a formação ou comités de ética, equipas de paliativos, equipas de certificação da qualidade, animação musical, humanização, acompanhamento de familiares, encontros de convívio e palestras com funcionários, apoio ao grupo de voluntários.

Mas, de que forma os capelães prestam os seus serviços (Questão 18)? Através de uma resposta de escolha múltipla, 84,7% dos inquiridos referem que respondem a solicitações dos doentes encaminhadas pelos profissionais, 78,0% respondem a solicitações dos familiares dos doentes. Quanto às visitas aos diferentes serviços, 66,1% refere que as visitas não são programadas e 42,4% refere que realiza visitas mantendo uma programação prévia, com dias e horas definidas para cada visita.

A maioria dos inquiridos refere que não sentem interdições de “circulação” pelo Hospital (Questão 19): 93,1% refere que não há zonas onde não possam ir e 6,9% refere que sim. Dois dos inquiridos referiram mesmo quais são as zonas onde não podem circular: são o bloco operatório, um referiu que “os cuidados intensivos têm algumas restrições” e um outro referiu o “banco de urgência”.

Uma das tarefas possíveis, por parte dos serviços de assistência espiritual e religiosa, são as articulações que poderão promover com as comunidades de fé de cada doente (Questão 26). Assim, 93,5% refere que se articula com as comunidades de fé durante o internamento, 19,6% quando o doente tem alta e 13% depois do internamento.

Relativamente ao modo como são feitos os encaminhamentos para as comunidades de fé católicas da zona de proveniência do doente (Questão 27), nomeadamente paróquias, a base de contacto é informal. Há várias descrições, desde o recurso a grupos paroquiais que têm voluntários nos hospitais, ao facto de alguns capelães serem também párocos, leva a que se adie o estabelecimento de um procedimento que responda a este aspecto. Como este é um caminho com dois sentidos, há também referências a paróquias que sabendo que têm um dos seus elementos no hospital, fazem eles o contacto com o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa. Nalguns casos os voluntários têm também esta função.

1.5.2 - Aspectos instrumentais: Métodos de recolha de informação

Considerando os avanços que se têm verificado, principalmente no âmbito dos cuidados paliativos, estão disponíveis, actualmente, vários instrumentos de diagnóstico espiritual (alguns podem ser consultados no Anexo E). Entendemos como instrumento de diagnóstico espiritual qualquer questionário ou entrevista, formal ou informal, que proceda ao levantamento das necessidades espirituais do doente e que permita avaliar em que fase o doente se encontra relativamente a cada uma dessas necessidades. Da aplicação destes instrumentos deve resultar um diagnóstico, um plano de intervenção com vista à satisfação das necessidades encontradas e uma avaliação final.

No que diz respeito a esta questão, 76,8% refere não utilizar nenhum instrumento de diagnóstico de necessidades, ao passo que 23,2% diz que utiliza. Quem referiu utilizar instrumentos de diagnóstico pode dar essa indicação. Neste sentido, colocámos esta questão em formato aberto, como parte integrante da questão 20, de modo a, sem condicionamentos, perceber se os capelães que responderam conhecem ou utilizam algum destes instrumentos. Assim, apenas nove inquiridos afirmaram utilizar algum tipo de instrumento de diagnóstico. Destes nove, três referiam expressões como “diálogo, apoio e escuta”, três dos respondentes referem utilizar questionários ou folhas próprias para efectuar esse registo, um respondente refere utilizar o Facit-sp-ex⁷⁷, outro

⁷⁷ FACIT é um sistema de avaliação funcional criado para a terapia nos casos de doença crónica, particularmente situações decorrentes de cancro, por uma equipa de investigadores, na década de 90 do

refere o FICA⁷⁸ mas sem o rigor que o método exige e, por fim, outro refere utilizar um “Diagnóstico Espiritual”, “não oficial”, desenvolvido a partir da experiência da Ordem dos Religiosos Camilianos⁷⁹ que assenta nos seguintes vectores:

- Por que razão o doente pede a sua ajuda (o que representam essas razões para o doente? Que papel desempenha o capelão em relação às suas aspirações?);
- Se, entre as necessidades que emergem do diálogo, alguma se debruça sobre o significado, o sentido, a transcendência, a relação com o divino ou a religião;
- Avaliação dos valores do doente;
- Qual a ideia que tem de Deus, como vive essa relação e exprime a sua fé;
- Avaliação do sentido de pecado;
- Avaliação do sentido de esperança (imediate, elevada, ilusória, real);
- Avaliação do papel da comunidade de fé na vida do doente;
- Avaliação da relação estabelecida entre o doente e o capelão.

1.6. – A importância da dimensão espiritual em saúde

Neste ponto, colocámos à consideração dos inquiridos um total de 15 afirmações que deveriam ser classificadas de acordo com uma escala de Likert⁸⁰ (Questão 22). Nesta escala, o valor 1 significa que o inquirido discordava totalmente da afirmação proposta, o valor 2 significa que discordava, o valor 3 significa que a afirmação é indiferente, o valor 4 que concorda com a afirmação e o valor 5 significa que concorda totalmente. As afirmações foram colocadas sempre na primeira pessoa do singular.

Os resultados percentuais apresentados referem-se às percentagens válidas obtidas, ou seja, não são contabilizadas as não respostas, cuja expressão é mínima em cada um dos

séc. XX. Este sistema foi criado para avaliações de diferentes dimensões do doente, tendo sido também criada uma versão para avaliar a dimensão espiritual.

⁷⁸ FICA de Cristina Puchalski (2000) é um instrumento simples que pode ser utilizado nas rotinas de trabalho dos profissionais de saúde, como é exemplo a sua utilização nas rotinas de trabalho clínico nos EUA. O instrumento procede ao levantamento de 4 aspectos: F. Fé ou Crenças, I. Importância e influência dessas crenças, C. Pertença e sentido da Comunidade, A. Abordagem deste tema durante a prestação de cuidados.

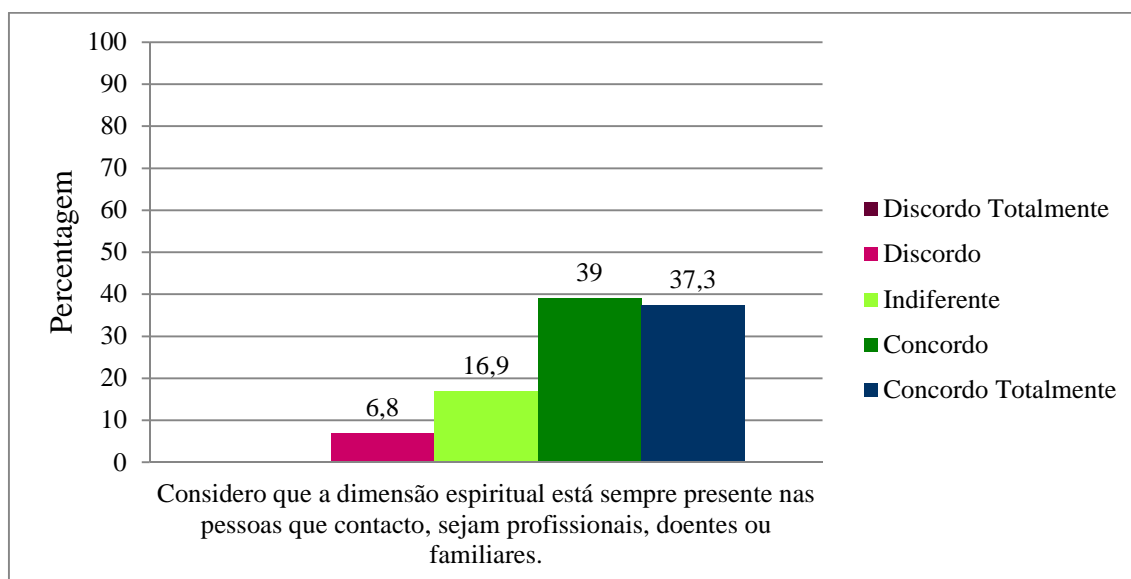
⁷⁹ A Ordem de S. Camilo é uma instituição da Igreja Católica que se dedica não só à prestação de cuidados de saúde, mas também presta assistência espiritual em outras unidades de saúde. Esta Ordem não está presente em Portugal.

⁸⁰ A escala Likert é uma escala psicométrica utilizada em pesquisa quantitativa para registrar o nível de concordância ou discordância com uma afirmação fornecida.

respondentes. No entanto, numa das afirmações propostas, o número de não respostas iguala pelo menos uma das hipóteses de resposta apresentadas, pelo que lhe vamos dedicar especial atenção neste ponto, apresentando todos os dados. Como optamos pela diferenciação nessa questão, tratá-la-emos em último lugar. Em cada uma das 14 afirmações propostas aos inquiridos são apresentados também os seus resultados médios.

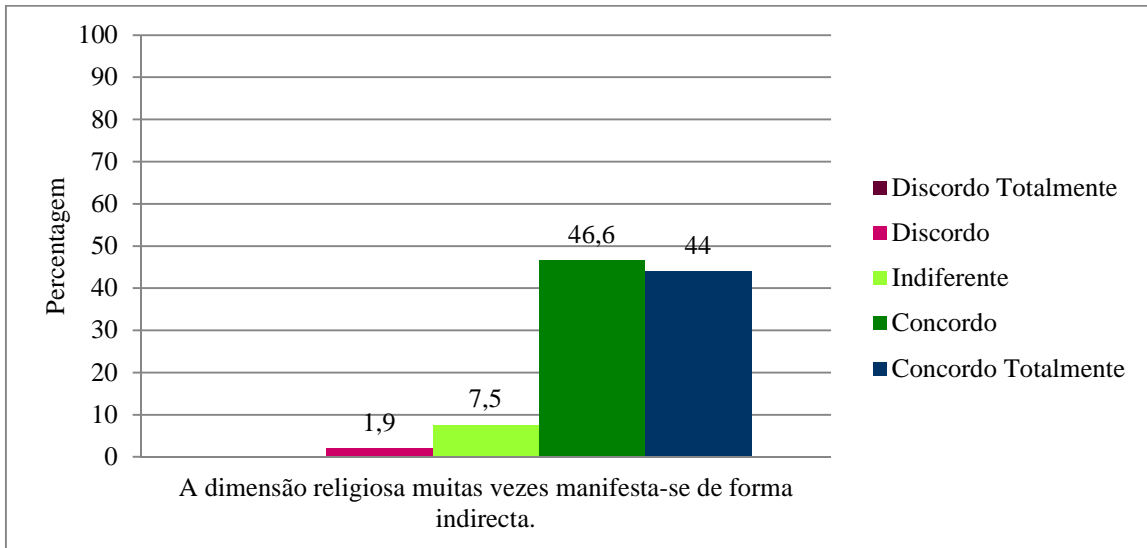
A primeira afirmação pretendia saber se o inquirido considerava que a dimensão espiritual está sempre presente nas pessoas que contacta, sejam profissionais, doentes ou familiares. A maioria dos inquiridos, 76,3%, concorda com esta afirmação (39,0% concorda e 37,3% concordam totalmente). No entanto, para 16,9% dos inquiridos esta afirmação é indiferente e 6,8% discordam dela. Nenhum dos inquiridos referiu discordar totalmente com a afirmação (ver Gráfico 3). Esta questão apresenta um valor médio de 4,07, isto é com um bom nível de concordância com a afirmação.

Gráfico 3 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 1ª afirmação



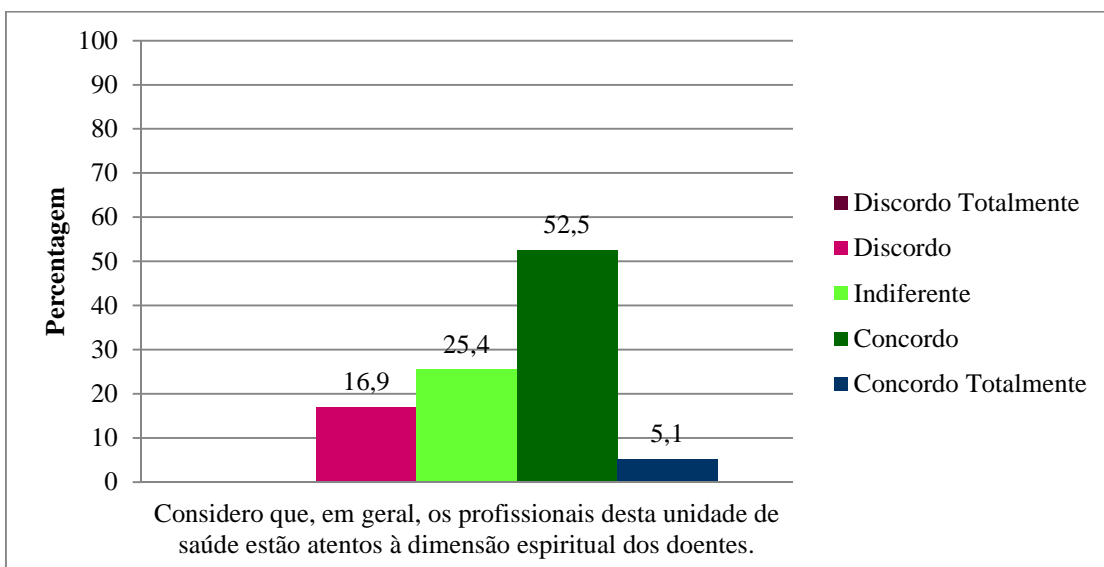
Quanto à segunda afirmação, 91,4% dos inquiridos concordam que a dimensão religiosa dos indivíduos se manifesta muitas vezes de forma indirecta (46,6% concordam com a afirmação e 44,8% concordam totalmente). Para 7,5% esta questão é indiferente e 1,9% não concordam com ela. Nenhum dos inquiridos referiu discordar totalmente com a afirmação (ver Gráfico 4). No que diz respeito ao valor médio, esta afirmação apresenta um resultado de 4,34.

Gráfico 4 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 2ª afirmação



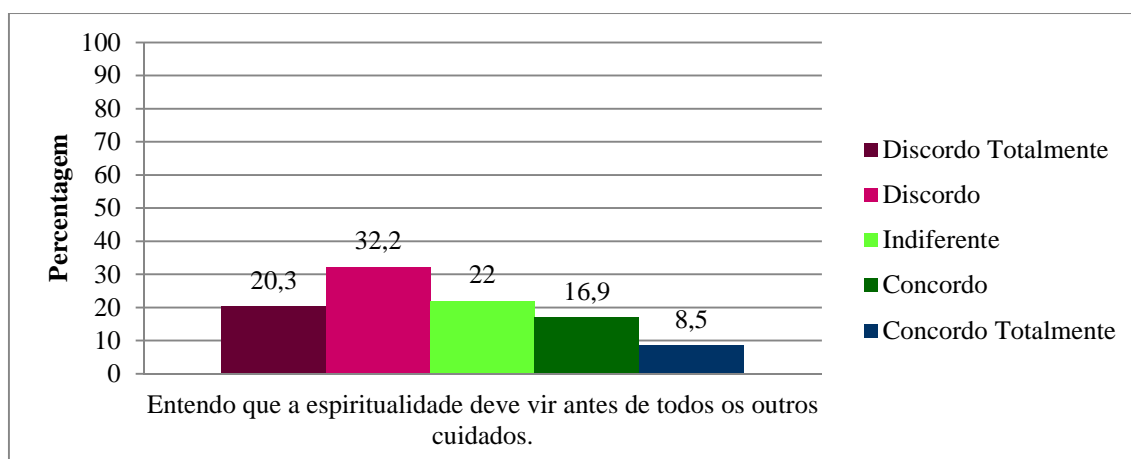
No que diz respeito à afirmação “considero que, em geral, os profissionais desta unidade de saúde estão atentos à dimensão espiritual dos doentes”, 52,5% concorda e 5,1% concorda totalmente, o que é um dado interessante no que respeita à noção que os inquiridos têm dos profissionais de saúde, na medida em que, muitas vezes em situações informais, expressam que os profissionais não estão atentos a esta dimensão (ver Gráfico 5).

Gráfico 5 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 3ª afirmação



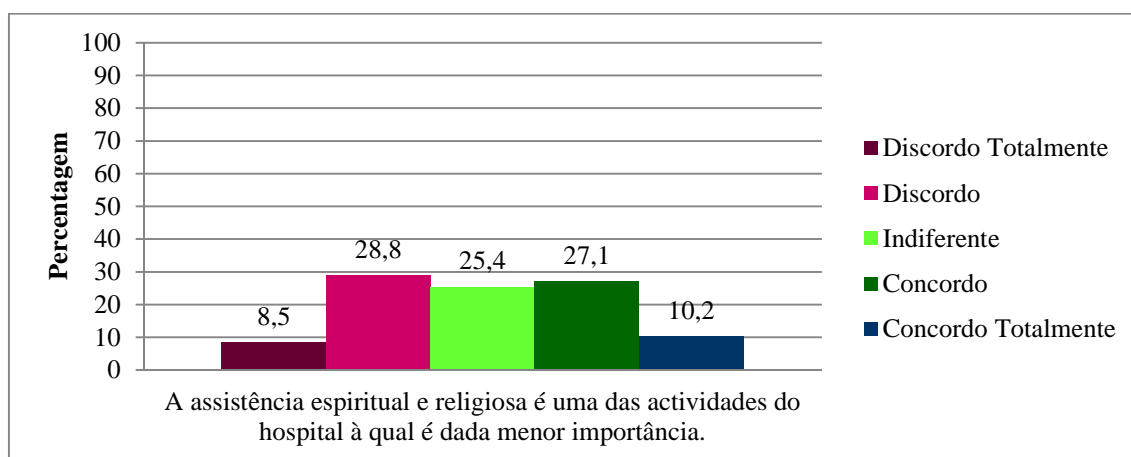
Aliás, nenhum dos inquiridos referiu discordar totalmente desta afirmação. A opinião de que os profissionais não estão atentos a esta dimensão é revelada nos 16,9% que não concordam com a afirmação e talvez esteja de certa forma patente nos 25,4% que consideram a afirmação indiferente (ver Gráfico 5). Apesar de significativa, a opinião não é afinal maioritária. Esta afirmação apresenta um resultado médio de 3,46, com tendência de concordância comprovada pelo valor da mediana (4).

Gráfico 6 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 4ª afirmação



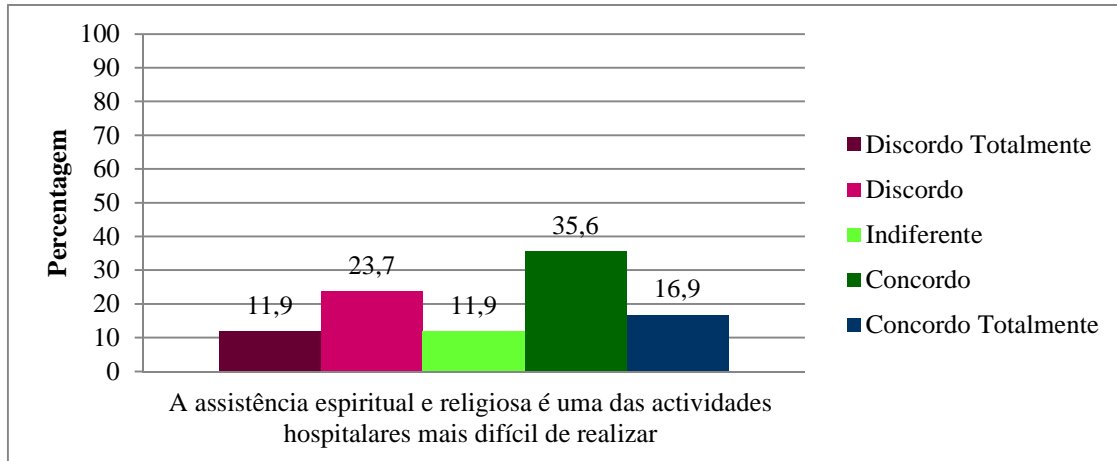
No que respeita a prioridades, 16,9% concorda que a espiritualidade deve ser considerada antes de todos os outros cuidados e 8,5% até concorda totalmente com esta afirmação. Enquanto 22,0% se mostra indiferente relativamente a esta questão, 32,2% discorda deste aspecto e 20,3% discorda totalmente (ver Gráfico 6). Também a média demonstra esta tendência de discordância apresentando um valor de 2,61, sustentada esta tendência por uma mediana de 2,50.

Gráfico 7 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 5ª afirmação



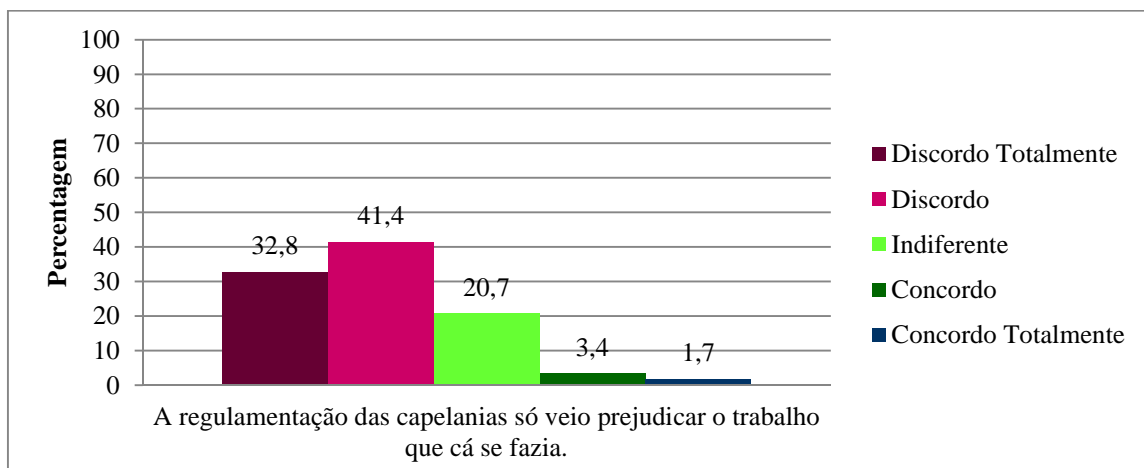
25,4% dos inquiridos consideram indiferente que a assistência espiritual e religiosa seja uma das actividades do hospital à qual é dada menor importância, ao passo que 27,1% concordam com esta afirmação e 10,2% concordam totalmente com ela. Já 28,8% discordam desta afirmação e 8,5% discordam totalmente (ver Gráfico 7). O valor médio obtido com estas respostas foi de 3,02.

Gráfico 8 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 6ª afirmação



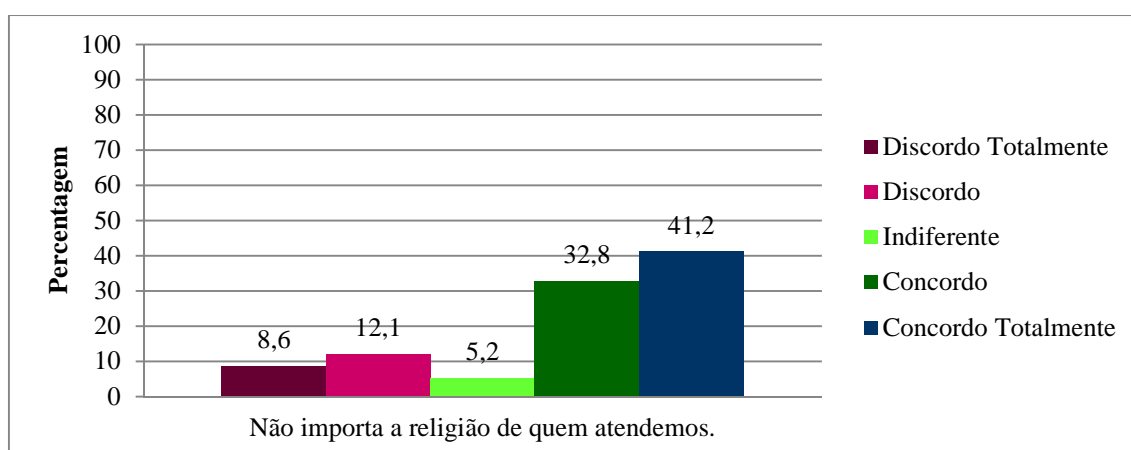
Quando confrontados com a afirmação de que “a assistência espiritual e religiosa é uma das actividades hospitalares mais difícil de realizar”, os inquiridos dividem-se: 35,6% concordam com a afirmação e 16,9% concordam totalmente (52,5% no total), ao passo que 23,7% discordam e 11,9% discordam totalmente. 11,9% considera a questão indiferente (ver Gráfico 8). A média desta questão é de 3,22 mas apresenta uma tendência para o extremo de concordância, uma vez que obtivemos uma mediana de 3,50.

Gráfico 9 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 7ª afirmação



74,2% dos inquiridos discordam que a regulamentação tenha prejudicado o trabalho que se fazia anteriormente (32,8% discordam totalmente e 41,4% discordam da afirmação), para 20,7% dos inquiridos essa questão é indiferente. Apenas 3,4% concordam com esta afirmação e 1,7 % concordam totalmente (ver Gráfico 9). Também o valor médio desta questão revela este posicionamento com 2,00.

Gráfico 10 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 8ª afirmação



Quanto à importância da religião do utente atendido (ver Gráfico 10), para 20,7% dos inquiridos esta questão ainda é muito importante, ou seja, para o atendimento espiritual e religioso é importante a religião de quem é atendido (12,1% discordam e 8,6% discordam totalmente da afirmação “Não importa a religião de quem atendemos”). No entanto, enquanto 5,2% são indiferentes a esta questão, 74,2% não encontram obstáculo na religião de quem é assistido pelo Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (32,8% concordam com a afirmação e 41,4% concordam totalmente). O valor médio obtido foi de 3,86, o que consolida a tendência de concordância.

Há fases da doença em que a assistência espiritual e religiosa deve ser prioritária face aos restantes cuidados. Esta opinião recolhe o consenso de 94,8% dos inquiridos (51,7% concordam com a afirmação e 43,1% concordam totalmente com ela). A questão é indiferente para 3,4% dos inquiridos e apenas 1,7% discorda da afirmação (ver Gráfico 11). Esta afirmação consegue o maior valor médio de entre todas as afirmações propostas com 4,36.

Gráfico 11 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 9ª afirmação

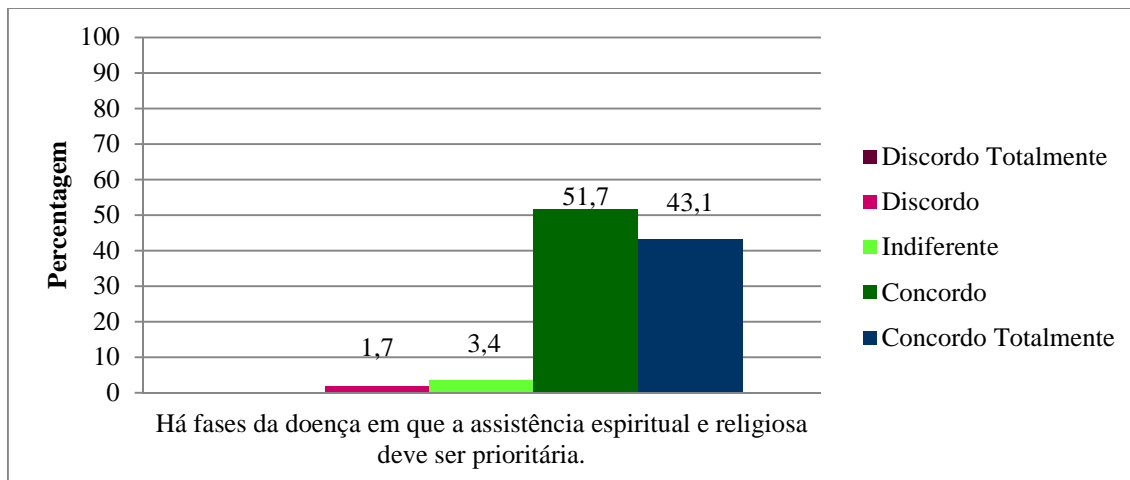
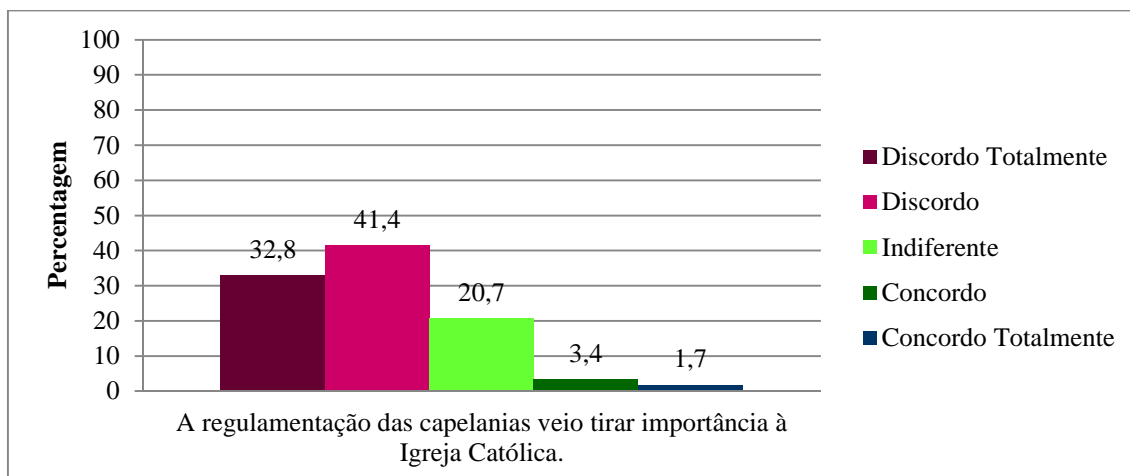


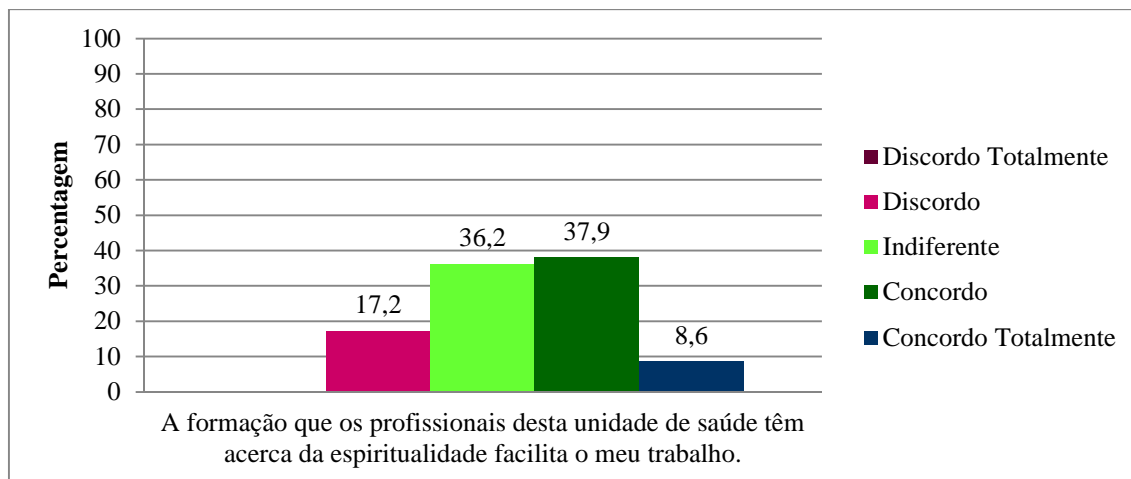
Gráfico 12 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 10ª afirmação



Para 74,2% dos inquiridos, a regulamentação de 2009 não veio retirar importância à Igreja Católica (ver Gráfico 12). No início das negociações este foi um dos aspectos mais discutidos no plano informal. Um ano depois da entrada em vigor do Decreto-Lei, este aspecto ganhou outros contornos e a maioria considera que a Igreja Católica, único protagonista deste tipo de assistência, não perdeu importância. Hoje, informalmente, os negociadores consideram que as principais confissões religiosas que foram chamadas a pronunciar-se sobre esta legislação beneficiaram do estatuto da própria Igreja Católica, assumindo-se inclusive como o interlocutor natural com o Ministério da Saúde. Assim, 32,8% discordam totalmente da afirmação proposta, 41,4% discordam dela. 20,7% mostram-se indiferentes a este aspecto, enquanto 5,1% (3,4% concordam e 1,7% concordam totalmente) consideram que a Igreja Católica perdeu importância com a

regulamentação das capelanias. Também o valor médio revela esta discordância com a afirmação com 2,32 reforçado pelo valor da mediana que é de 2.

Gráfico 13 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 11ª afirmação



37,9% dos inquiridos concorda que a formação que os profissionais de saúde têm acerca da espiritualidade facilita o trabalho, ou a intervenção do capelão. 8,6% concordam totalmente com esta afirmação (ver Gráfico 13). No entanto para 36,2% dos inquiridos esta afirmação é indiferente, o que pode revelar, e nalguns questionários isso vem referido, que o trabalho do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa decorre de forma autónoma e sem articulação com os restantes profissionais. Como poderemos observar nas respostas às questões 29 e 30, existem Serviços de Assistência Espiritual e Religiosa que mantém boas articulações nas equipas multidisciplinares, mas apresentam-se nestas respostas como uma minoria. 17,2% dos inquiridos discordam que a formação dos outros profissionais facilite o seu trabalho. O valor médio obtido nesta questão foi de 3,38, mas com tendência para o extremo da discordância com uma mediana de 3.

Verificou-se, entre os inquiridos, uma consciência de que não são os ritos e as celebrações que mais importam às pessoas que atendem: 57,9 % revelam esta consciência (50,9% discordam e 7,0% discordam totalmente da afirmação “o que mais importa às pessoas que atendemos são os ritos e as celebrações”). 15,8% considera a afirmação indiferente e 26,3% consideram que os ritos e as celebrações são importantes para as pessoas que assistem (ver Gráfico 14). A dimensão ritual e sacramental do serviço é ainda muito presente nas actividades quotidianas do Serviço de Assistência

Espiritual e Religiosa, nalguns casos é mesmo exclusiva. O valor médio de 2,68 e a tendência para o extremo da discordância confirmada pela mediana de 2, consolidam a leitura deste dado.

Gráfico 14 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 12ª afirmação

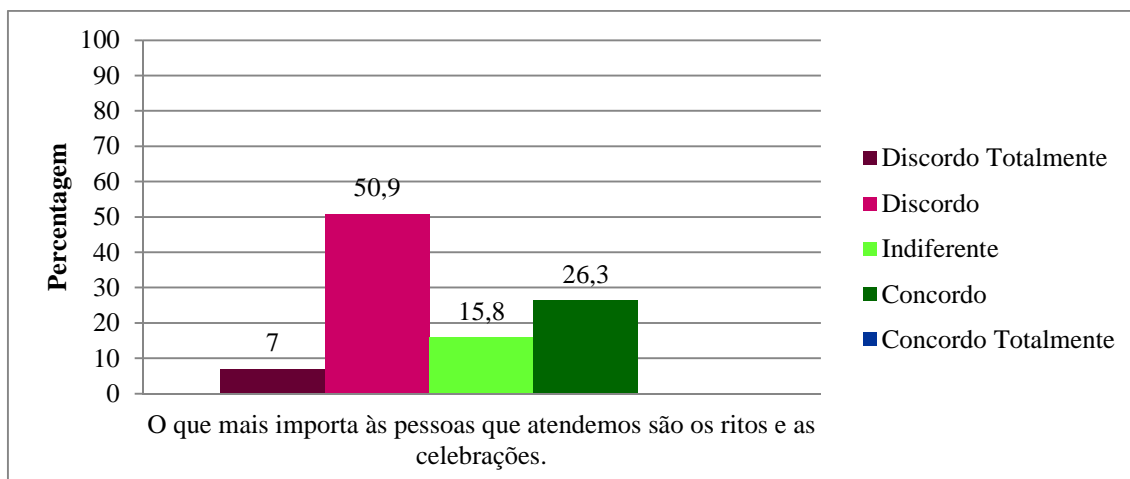
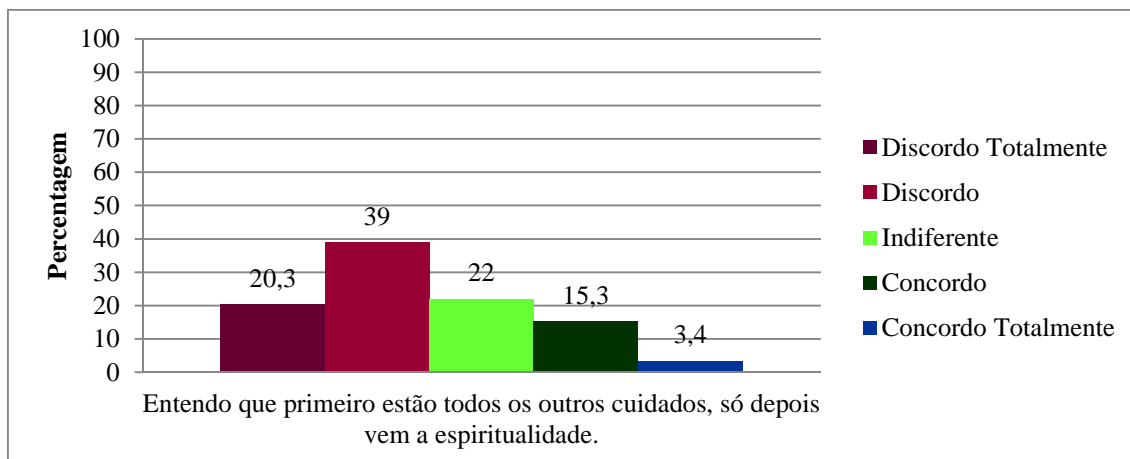
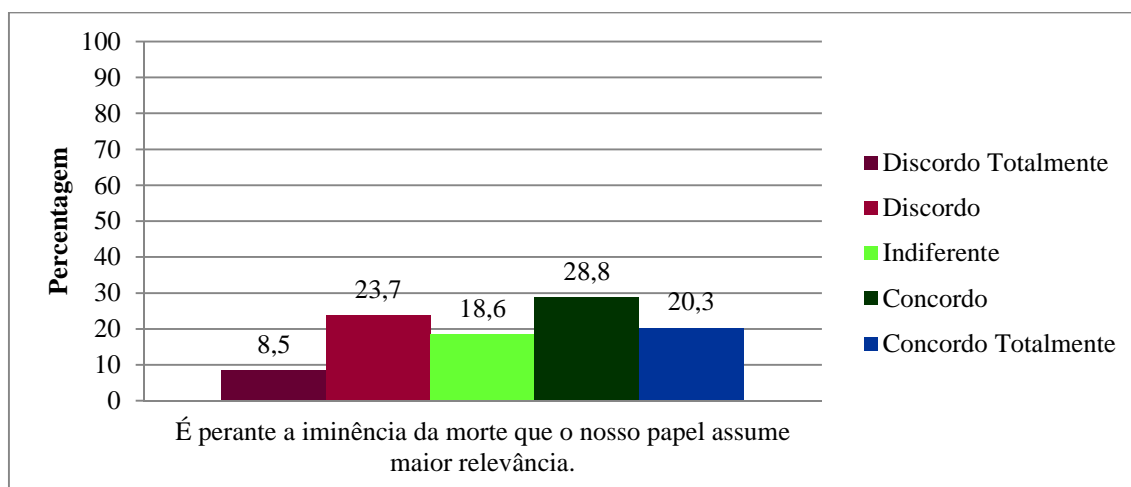


Gráfico 15 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 13ª afirmação



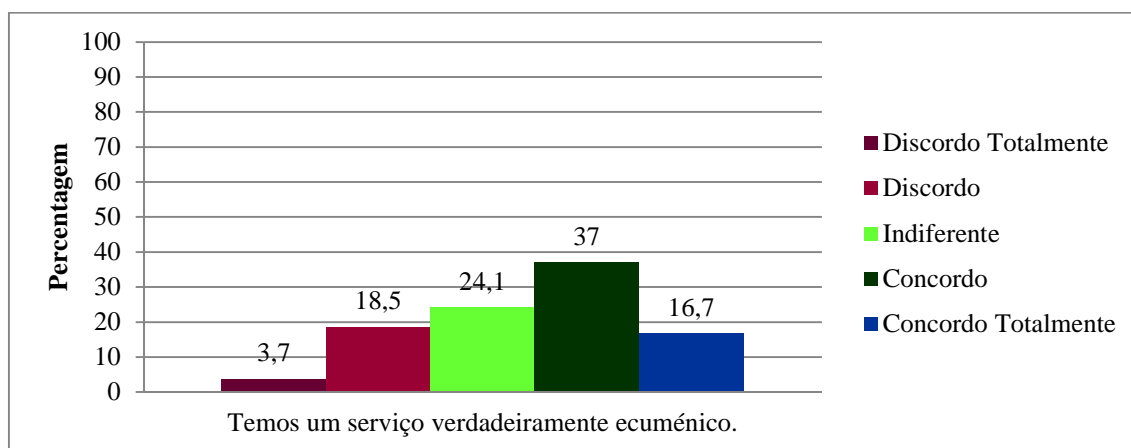
39,0% discorda e 20,3% discorda totalmente da afirmação “entendo que primeiro estão todos os outros cuidados, só depois vem a espiritualidade”, revelando uma plena consciência da importância desta dimensão na totalidade de cada indivíduo. No entanto, 22,0% considera a afirmação indiferente, 15,3% concorda e 3,4% concorda totalmente com ela (ver Gráfico 15). Também o valor médio de 2,42 e a mediana de 2 demonstram existe discordância com esta afirmação.

Gráfico 16 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 14ª afirmação



Uma vez que a assistência espiritual se mostra muito presente nas equipas de cuidados paliativos, a última afirmação desta parte do questionário dizia que é perante a iminência da morte que o papel do assistente espiritual ou do capelão assume maior relevância. É interessante perceber que metade dos inquiridos concorda com esta afirmação (ver Gráfico 16): 49,1% (28,8% concorda e 20,3% concorda totalmente). Contudo, 18,6% demonstram-se indiferentes a ela, 23,7% discordam e 8,5% discordam totalmente. O valor médio obtido com esta questão foi de 3,29.

Gráfico 17 – Resultados percentuais das classificações de acordo com a escala de likert – 15ª afirmação



Quanto à afirmação “temos um serviço verdadeiramente ecuménico” pareceu mais interessante deixá-la para o fim, uma vez que pensamos que ao encontrar 10,9% de não respostas, seria mais interessante apresentar a descrição destes resultados com a inclusão deste valor, não só por ter sido o valor mais elevado de não respostas deste conjunto de afirmações, mas porque consideramos que existe ainda alguma

“resistência” à inclusão de outras religiões ou credos nas dinâmicas do próprio serviço (ver Gráfico 17). Esta “resistência” pode até ser estrutural, uma vez que a exigência legal de ter instalações adequadas a este serviço nos equipamentos hospitalares encontra obstáculos pela inexistência de espaços que se possam adaptar, por exemplo. Assim, e considerando as percentagens globais, 37,0% concorda e 16,7% concorda totalmente, 24,1% é indiferente, 18,5% discorda, 3,7% discorda totalmente e, conforme se referiu, 10,9% não responde a esta afirmação. Na escala de 1 a 5, a média verificada foi de 3,44, apresentando uma tendência para o extremo da concordância, confirmada pela mediana de 4. Conforme observaremos nas respostas às questões 23, 24 e 25 há ainda algum caminho a percorrer nas evidências da existência do diálogo inter-religioso no âmbito hospitalar.

1.7. – Práticas do diálogo intra e inter-religioso

Quisemos saber quantas vezes os respondentes encaminhavam os doentes para outras confissões religiosas (Questão 23) e a maioria refere que nunca encaminhou porque nunca houve pedidos nesse sentido. Apesar disto, dois respondentes referiram que fazem entre 1 a 2 encaminhamentos por mês (são centros hospitalares urbanos, de onde se deduz, pela existência de maior diversidade cultural, a presença de doentes de confissões religiosas diversas). A maioria dos encaminhamentos é feita para as igrejas cristãs protestantes (Evangélicas e Anglicanas), seguido das Testemunhas de Jeová, dos Cristãos Ortodoxos e dos Judeus (Questão 24 de formato aberto).

Apesar de as respostas revelarem pouca procura de outras religiões, quisemos saber se disponibilizam informações acerca dessas religiões (Questão 25). Assim, relativamente a esta questão 56,1% dos inquiridos referem disponibilizar informação acerca de outras religiões, ao passo que 43,9% não disponibiliza qualquer tipo de informação. Para além de querermos saber se disponibilizavam informações sobre outras religiões, quisemos saber que tipo de informação é disponibilizada por este serviço. Deste modo, quem respondeu sim à questão 23 pode dar essa mesma indicação. A informação disponibilizada refere-se a dados sobre as principais religiões do mundo, contactos de comunidades ou ministros de outras confissões religiosas existentes na respectiva região da unidade de saúde, para além da fé católica, ou mesmo livros e folhetos sobre outras

religiões, especificidades dietéticas ou rituais. Nesses casos esta informação é disponibilizada nos serviços, através da intranet ou sob a forma de desdobrável que é distribuído pelos profissionais de saúde em cada serviço, ou num dossier no próprio serviço com a informação acerca de outras religiões. Apenas um inquirido refere que a informação que tem sobre outras confissões é disponibilizada através de um “procedimento protocolado”. Assim, os inquiridos recorrem a meios simples de disponibilização da informação, sendo que a forma mais comum é a disponibilização dos contactos dos representantes das religiões presentes na zona de influência da unidade hospitalar.

1.8. – Práticas interdisciplinares: articulações e contributos do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa no hospital.

Quisemos também saber se existe e que tipo de articulação é feita entre o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa e as equipas de saúde das unidades e serviços dos hospitais, na óptica da adopção de um modelo de produção de cuidados holísticos. Esta questão (Questão 28) acerca dos contributos reais da assistência espiritual e religiosa era uma questão aberta, pelo que procedemos a uma análise qualitativa da mesma. Convém referir que 9 dos inquiridos não responderam, apenas um dos respondentes refere que actualmente o contributo é nulo e um outro entende que ainda há um longo caminho a percorrer para que se consiga atingir um reconhecimento efectivo dos contributos da assistência espiritual e religiosa.

Arriscamos, então, classificar as respostas segundo três ordens de razão: a primeira evidencia um contributo para a perspectiva multidimensional da assistência hospitalar, colocando a assistência espiritual e religiosa como um dos serviços que se pode oferecer ao doente, no sentido de este conseguir o melhor estado de bem-estar e consegui-lo a todos os níveis. Um desses aspectos é a referência à humanização dos cuidados. Mesmo que as respostas evidenciem outros contributos, a palavra humanização aparece expressa 6 vezes nas suas respostas e em expressões como “dar uma perspectiva humana” aos cuidados de saúde ministrados ou “garantir que os profissionais de saúde estejam mais atentos à pessoa e não apenas à doença”. Outro contributo, dentro deste aspecto multidimensional, é o de tornar a assistência holística ou integral, ou seja,

contemplando todas as dimensões da pessoa que solicita os cuidados. Estas expressões aparecem 11 vezes nas respostas, expressas directamente como “permite a assistência integral do doente na dimensão corporal e espiritual”, o “olhar integral para a pessoa” ou “uma abordagem mais holística”, e indirectamente como “a dimensão espiritual é transversal, é de todo o interesse percorrer o caminho da interdisciplinaridade”.

A segunda ordem de razão evidencia o contributo religioso propriamente dito. É muitas vezes referido este contributo através de expressões como a “transmissão da esperança” seja numa cura, em Deus ou na ressurreição, o “conforto da oração”, o “Amor de Deus para connosco”, a “defesa de valores”. Ainda dentro deste contributo religioso aparecem respostas como o “apoio directo ao doente através das celebrações”, com referência a todos os sacramentos, falando inclusive de um contributo “espiritual-sacramental”.

A terceira e última ordem de razão evidencia um contributo estrutural ou de ligação entre serviços. Este posicionamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa num lugar de ligação, transversal a todos os outros, aparece em diversas afirmações. Pelo lado mais estrutural evidencia-se pela referência à construção de procedimentos ou o próprio regulamento da assistência (“procedimento para a assistência religiosa”), ou em expressões como “dinamização do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa” ou “colaboração regular”.

Neste sentido, e em suma, o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa contribui para:

- uma prestação mais humanizada de cuidados;
- garantir que os restantes profissionais de saúde estão mais atentos ao doente no conjunto das suas dimensões;
- que a preservação da dignidade das pessoas atendidas seja uma realidade;
- o diálogo entre os profissionais, como se fosse um “elo de ligação” (R25), sendo que muitas vezes, oficiosamente, se torna “afinador de silêncios” (R4).

Depois de sabermos a opinião dos inquiridos relativamente ao contributo concreto do trabalho desenvolvido pelo Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, do qual fazem parte, seria interessante saber quantas vezes este serviço terá sido chamado a participar em reuniões de outras equipas. No entanto algumas respostas revelaram que o serviço é

chamado frequentemente (numa base semanal ou quinzenal) para colaborar com equipas, como as de cuidados paliativos ou equipas ligadas à oncologia (9 respostas), comissões de ética ou comissões de humanização (10 respostas) e equipas de formação (Questão 29 e 30). Dois inquiridos referem participar em reuniões multidisciplinares, sendo que um deles acrescenta que esta reunião decorre quinzenalmente. Apesar destas respostas, a maioria dos respondentes refere que só muito raramente, ou nunca, são chamados para colaborar com outras equipas.

Assim, algumas das respostas revelaram que o serviço ainda não é amplamente reconhecido para que possa dar outro contributo para além daqueles que são os seus objectivos. A maioria, no entanto, ressalta o contributo real que o trabalho que desenvolve constitui, quer no âmbito espiritual, quer no âmbito religioso.

1.9. - Desejos de um serviço de assistência espiritual ideal

São muito interessantes e diversas as respostas à última pergunta do questionário (Questão 33). Em primeiro lugar, numa óptica da orgânica da estrutura hospitalar, o serviço ideal será aquele que faça efectivamente parte da dinâmica multidisciplinar, conforme damos exemplo:

“Aquele em que, por direito dos doentes e familiares, a assistência espiritual e religiosa integrasse não só os diferentes "credos" mas essencialmente fizesse parte integrante - por natureza - da equipa de saúde; uma assistência coordenada por leigos preparados exclusivamente para o desempenho dessa função; tudo o resto viria por acréscimo...” (Questionário 3);

“Um serviço que actuasse mais no campo multidisciplinar da saúde, interagindo mais com outros serviços médicos” (Questionário 22);

“Não limitado às respostas aos pedidos de assistência, mas interventivo, marcando a dinâmica da unidade de saúde, envolvendo outros profissionais, funcionando em multidisciplinaridade e inter-confessional” (Questionário 26).

Em segundo lugar, numa óptica conceptual, o serviço ideal será aquele que consiga prestar um serviço ecuménico e integrador, conforme damos exemplo:

“Que o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa tivesse um grupo ou comunidade ecuménica com a coordenação católica e com um bom grupo de voluntariado” (Questionário 28);

“Um Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa seria aquele que permitisse uma integração universal de todas as religiões” (Questionário 51).

Em terceiro lugar, numa óptica funcional, o serviço ideal será aquele que consegue responder a todas as necessidades de quem lhes solicita colaboração, conforme damos exemplo:

“Ter pessoas especializadas em espiritualidade, leigos preparados em espiritualidade” (Questionário 19);

“Com mais capelães e um melhor espaço de atendimento para todos os que procuram este serviço” (Questionário 21);

“Maior disponibilidade por parte dos Capelães que neste momento também são párocos. Melhor localização da Capelania e Capela. Existência de um funcionário para atendimento e realizar as funções que lhe são atribuídas pelo Regulamento. Mais colaboradores / voluntários de Capelania” (Questionário 37).

Por último, o serviço ideal será aquele que atinge o reconhecimento da sua utilidade e pertinência por todos, doentes, profissionais, administração hospitalar, conforme damos exemplo:

“Se todos os profissionais e todos os doentes estivessem abertos às necessidades espirituais e, sobretudo fossem crentes, católicos ou não” (Questionário 13);

“Quando querido, desejado e valorizado por todos, a começar pelos profissionais de saúde e demais funcionários que em muitos lados são apenas mercenários... sei do que falo...” (Questionário 47).

2. – Acompanhamento ao utente do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.

2.1. – Desenho de uma tipologia

2.1.1 - Caracterização do trabalho realizado pelo serviço: o posicionamento.

As abordagens encontradas nas respostas à questão 21 revelam dois vectores sobre os quais centraremos a caracterização do trabalho dos serviços de assistência espiritual e religiosa. Um deles é o posicionamento. Por posicionamento propomos que se entenda a partir do seu significado, ou seja, da capacidade declarar a sua posição quanto à necessidade espiritual e religiosa manifesta pelo doente de modo a que a sua acção seja capaz de produzir um efeito real ou de atingir um objectivo real. Este é um dos maiores desafios que se vai colocando a este tipo de serviços, tendo em conta o carácter aparentemente intangível da sua intervenção. Para se conseguir uma intervenção que consiga mitigar ou mesmo satisfazer o tipo de necessidades que se apresentam neste campo, há que conseguir traduzir por objectivos com um potencial mensurável, as necessidades, o tipo de intervenção e o seu resultado final. Esta mudança, no âmbito da saúde, contribui em larga medida para o “estado de bem-estar” que se pretende para o indivíduo, no fundo como o efectivamente fazem as outras intervenções presentes no teatro hospitalar.

Dentro do que entendemos por posicionamento, podemos encontrar 3 níveis que não queremos submeter a qualquer hierarquia. Todavia, ao considerarmos que num mesmo serviço há um vasto e diversificado conjunto de solicitações que habitualmente pode ser apresentado, considera-se que os profissionais deste serviço assumem uma intervenção o mais efectiva possível. Assim, propomos três níveis de posicionamento: o posicionamento comparecente, o posicionamento cooperante e o posicionamento instrumental.

No que diz respeito ao posicionamento comparecente, a intervenção é realizada a partir da circulação pelos diversos serviços do hospital, independentemente de lhe ser

solicitado o acompanhamento a doentes referenciados, baseando a sua “visita” na oferta dos sacramentos próprios do rito católico, apresentando-se como o capelão do serviço e estabelecendo diálogo, fundamentalmente com o doente. Nestes casos, os inquiridos utilizaram nas suas respostas expressões como “diálogo com o utente”, “escuta e partilha”, “presença”, “proximidade”, “contacto pessoal”. O que a expressão comparecente pretende traduzir é uma ideia de presença mais passiva, centrada na figura de quem presta o serviço: é no fundo aquele que se apresenta num determinado lugar, neste caso aquele que se apresenta no hospital, que percorre os espaços e serviços deste lugar, com o objectivo de ser uma presença representativa de uma determinada religião. Este tipo de intervenção recorre ao simbolismo da visita, sendo que quando não são acauteladas e se expressam como intervenções abusivas, podem ser entendidas, por um lado como proselitismo religioso, por outro como uma espécie de “mensageiros da morte”, considerando a carga cultural da presença dos padres junto de quem está doente (a presença do padre associada no senso comum à extrema unção, ao inevitável, à impotência da medicina).

Já o posicionamento cooperante admite também o pressuposto da “visita”, uma vez que também se realiza a partir da circulação pelos diversos serviços do hospital, independentemente de lhe ser solicitado o acompanhamento a doentes referenciados. No entanto este tipo de intervenção baseia a sua visita no estabelecimento da “Relação Pastoral de Ajuda”. Nestes casos, os inquiridos utilizaram nas suas respostas expressões como “baseio a minha actuação na relação pastoral de ajuda”. Este nível de efectividade traduz, de facto, este tipo de metodologia. A relação pastoral de ajuda baseia a sua intervenção fundamentada nos princípios da psicologia humanista e existencial e de técnicas ligadas à psicoterapia e ao *counselling*. O seu contexto religioso encontra-se no âmbito das Igrejas Protestantes nos Estados Unidos da América, desde meados do século XX. Esta metodologia surge, essencialmente, da necessidade de se produzir uma resposta efectiva de ajuda, mais eficaz e assertiva, particularmente junto dos indivíduos que pretendiam encetar um “caminho de crescimento” a partir da experiência da doença.

A relação pastoral de ajuda enfatiza a centralidade do indivíduo, parte da visão holística e potencia as capacidades do próprio indivíduo. Apesar de se basear nos contributos rogerianos, a relação pastoral de ajuda, ao utilizar na sua acção aspectos interventivos e directivos, contraria o princípio da não-directividade. Este contributo deve-se a

Carkhuff (1969) enriquecido pela logoterapia de V. Frankl (1973) e da psicossíntese de R. Assagioli (1973). Apesar dos contributos terapêuticos da psicologia, a relação pastoral de ajuda não é ela mesma um processo terapêutico, mas sim um processo pastoral.

Este tipo de abordagem assume o contacto entre os intervenientes como construção de um espaço relacional em que o “ajudante” procura acolher e compreender o ajudado que, a partir desta relação, deverá ser capaz de desenvolver as suas capacidades no sentido da resolução dos seus próprios problemas, incentivando a iniciativa pessoal. Apesar de ser fortemente influenciada pela psicologia, a relação pastoral de ajuda é um processo religioso que permite o encontro do indivíduo com o Deus em que acredita.

Neste sentido, os utilizadores desta abordagem necessitam de uma componente formativa muito relevante no âmbito das suas competências relacionais, partindo do conhecimento profundo da própria relação pastoral de ajuda, saber aplicar esses conhecimentos e interiorizar atitudes facilitadoras como a empatia, a autenticidade, aceitação incondicional e valorização positiva (é o saber aliado ao saber fazer e ao saber ser). A aquisição destas capacidades renovam também a maneira como o utilizador desta abordagem sente e vê as circunstâncias da sua própria existência.

Fazem parte da relação pastoral de ajuda quatro modalidades (autoritária, paternalista, democrático-cooperativa e empática) que devem ser usadas consoante a necessidade, embora se privilegiem as duas últimas, em especial a última.

Quanto ao posicionamento instrumental, devemos entendê-lo, em termos conceptuais, como o tipo de intervenção que baseia a sua acção na utilização de instrumentos próprios, sob a forma de questionários de avaliação, folhas de registo ou planos individuais de intervenção. Podemos usar como metáfora explicativa, digamos assim, uma intervenção cirúrgica: da mesma forma que um cirurgião opera um doente recorrendo a um conjunto de instrumentos cirúrgicos, bisturi, pinças, tesouras, com especificações e nomenclaturas próprias, também um assistente espiritual poderá fazer uso de um variado número de instrumentos que o vão ajudar a concretizar a intervenção necessária, consoante a situação que se apresente. Este tipo de intervenção circula à volta dos conceitos de espiritualidade, considerando que esta emerge da interioridade do

indivíduo articulando-se, depois, com os aspectos culturais e tradicionais do seu processo de socialização e do processo actual da construção da sua relação pessoal com a transcendência.

Neste caso, a visita é realizada a pedido do utente, familiares ou profissionais do serviço. A intervenção passa pela estruturação da abordagem a partir da obtenção de informação do estado de saúde do doente junto dos profissionais de saúde do serviço. Depois, o profissional que realiza este tipo de intervenção pode munir-se ou não de instrumentos de diagnóstico espiritual. De qualquer forma efectua sempre o registo do acolhimento e planifica um conjunto de intervenções de acompanhamento como forma de continuação da prestação do serviço, caso o doente assim o deseje. Nestes casos os inquiridos utilizaram nas suas respostas expressões como “em caso de internamento mais integrado ou mais complexo, tomo notas pessoais para futura acção”, “entrevista de avaliação de necessidades espirituais e religiosas e consequente encaminhamento, de acordo com o resultado da referida entrevista”, “numa primeira abordagem é preenchida uma ficha de acolhimento, posteriormente procede-se ao registo das actividades numa ficha de acompanhamento”.

O sentido de maior complexidade de uma intervenção instrumental apresenta várias exigências a um serviço de assistência espiritual e religiosa:

- Existência de instrumentos de detecção de necessidades espirituais e/ou religiosas;
- Exigência de formulação de objectivos, preferencialmente mensuráveis;
- Enquadramento dos objectivos formulados no conjunto da intervenção da equipa de saúde, preferencialmente em contexto multidisciplinar;
- Programação das actividades;
- Desenvolvimento das actividades junto do doente ou familiares;
- Avaliação da intervenção.

A introdução desta complexidade nas intervenções também requer uma forte componente formativa, nomeadamente no modo como proceder à abordagem ou na escolha do instrumento de diagnóstico e registo mais adequado.

2.1.2 - Caracterização do trabalho realizado pelo serviço: o envolvimento.

O outro vector identificado refere-se ao nível de envolvimento. Por envolvimento devemos entender a relação que o profissional do serviço de assistência espiritual e religiosa estabelece com os utentes do seu serviço, sejam doentes, familiares ou mesmo profissionais de saúde. Tal como no vector do posicionamento, não pretendemos entender o envolvimento a partir de um sistema hierárquico, ou seja, não os queremos repartir por níveis hierárquicos. Antes queremos apresentá-los pelo nível de autonomia que cada um deles estabelece. Assim, identificamos o nível de envolvimento elementar e o nível de envolvimento complementar.

O envolvimento elementar pressupõe que a ligação que cada assistente espiritual mantém com os doentes assenta, essencialmente, na necessidade de expressão e manifestação a partir do religioso, por exemplo, a adesão às manifestações religiosas da Igreja Católica, de que é exemplo a administração dos sacramentos. Revelou-se na utilização de expressões como “visita, diálogo e assistência de sacramentos”, “apresentação como capelão, devidamente identificado e dizendo que se precisa do serviço está à disposição”, “acolhimento, diálogo, ministração de sacramentos”. A escolha da designação “elementar” pretende traduzir a noção de tudo aquilo que é relativo às acções básicas de um determinado conhecimento. Este envolvimento baseia-se particularmente na utilização dos recursos das práticas do quotidiano religioso, mais familiares aos intervenientes.

No que diz respeito ao envolvimento complementar, e continuando numa lógica de autonomia e não de hierarquia conceptual, admitimos como pressuposto uma ligação entre o assistente espiritual e os utentes do seu serviço. Assenta particularmente na preparação prévia da abordagem, do aprofundamento dos temas discutidos, privilegiando a dimensão espiritual, centrada no doente, nas suas expectativas, valores e convicções. Revelou-se na utilização de expressões como “escuta activa”, “acompanhamento personalizado” ou “depois de saber qual a patologia do doente, tento a abordagem valorizando sempre a parte espiritual. Só depois é que vem a religiosa se for pedida”. A intenção da escolha da designação “complementar” fundamenta-se no facto de se ler este nível de envolvimento como um nível que pressupõe a interdependência entre a prestação dos cuidados de saúde emergentes, ou seja, a

intervenção médica e de enfermagem, e a prestação de todos os outros cuidados, entre os quais a atenção espiritual e religiosa, que é adequada às necessidades do utente do serviço. No fundo, ela completa a intervenção, ou seja, sem esta intervenção, os cuidados prestados são meramente parcelares.

2.1.3 - Caracterização do trabalho realizado pelo serviço: a tipologia proposta.

Ao cruzarmos os dois vectores que descrevemos nos pontos 2.1.1 e 2.1.2, podemos estabelecer a seguinte tipologia:

Tipo Favorecedor – Aquele serviço que estabelece preferencialmente um envolvimento elementar com um posicionamento comparecente. O termo favorecedor surge por analogia à facilitação das actividades desenvolvidas por uma determinada igreja ou religião. Neste caso, a intervenção estabelece-se a partir da adopção de um discurso circunstancial, através do qual o profissional tenta aferir quais são as convicções do doente e oferece a concretização de sacramentos, de acordo com essas convicções.

Tipo Vincular – Aquele serviço que estabelece preferencialmente um envolvimento elementar com posicionamento cooperante. O termo vincular surge por analogia ao que se considera como ponto de partida, neste caso concreto, a premissa de relação. Os profissionais do serviço de assistência espiritual e religiosa adoptam um discurso estruturado a partir das noções que têm acerca da relação pastoral de ajuda, seja porque tiveram formação específica sobre esta metodologia, ou seja, porque simplesmente já ouviram falar desta metodologia e assumem que a conhecem.

Tipo Diligente – Aquele serviço que estabelece preferencialmente um envolvimento elementar com um posicionamento instrumental. O termo diligente surge por analogia ao zelo, ao cumprimento ou prestação de serviço. Os profissionais do serviço de assistência espiritual e religiosa dirigem-se ao doente, cumprindo a formalidade procedimental de recolha de dados para possível utilização. A utilização futura desses dados fica condicionada na maior parte das vezes à duração do internamento ou à pertinência da continuidade da intervenção.

Tipo Solícito – Aquele serviço que estabelece preferencialmente um envolvimento complementar com posicionamento comparecente. A denominação pretende traduzir um ambiente de convívio consensual e de reposta às necessidades. Neste tipo, enquadrámos os que nos referem estabelecer uma ligação com o doente, intensificando a presença junto do doente ou dos seus familiares. A oferta do serviço centra-se na concretização de sacramentos de acordo com as convicções de cada doente.

Tipo Retemperador – Aquele serviço que estabelece preferencialmente um envolvimento complementar com posicionamento cooperante. O termo retemperador surge por analogia ao sentido da recuperação da esperança, ao sentido da fortificação do indivíduo. Neste caso a intervenção estabelece-se a partir da formalização da relação pastoral de ajuda, com o aprofundamento direccionado à satisfação das necessidades identificadas junto do doente ou do seu familiar.

Tipo Integrador – Aquele serviço que estabelece preferencialmente um envolvimento complementar com posicionamento instrumental. A denominação pretende sugerir que o trabalho deve ser organizado não só segundo o fim proposto, mas também de acordo com as condições de adaptação às circunstâncias desse mesmo trabalho, ou seja, as intervenções devem integrar as características do indivíduo que é atendido e as suas necessidades. Os profissionais do serviço de assistência espiritual e religiosa, quando intervêm de acordo com este tipo, dirigem-se ao doente e não deixando de cumprir a formalidade procedimental de recolha de dados, procedem ao diagnóstico, planeiam a intervenção, executam e avaliam-na, aprofundando a ligação ao doente no sentido da satisfação das necessidades identificadas.

Quadro 5 - Tipologia dos Serviços de Assistência Espiritual e Religiosa

	Posicionamento Comparecente	Posicionamento Cooperante	Posicionamento Instrumental
Envolvimento Elementar	Tipo Favorecedor	Tipo Vincular	Tipo Diligente
Envolvimento Complementar	Tipo Solícito	Tipo Retemperador	Tipo Integrador

2.2.- Do paradigma à realidade: (re)construção da assistência espiritual hospitalar.

Tornou-se, de facto, um desafio desta investigação procurar perceber de que forma os serviços de assistência espiritual e religiosa hospitalar se organizam, no sentido de, a partir do contributo da espiritualidade, responder a esta dimensão nas dinâmicas dos modelos de cuidados das unidades de saúde portuguesas. A partir das respostas ao questionário aplicado, elaborámos a tipologia que poderá constituir-se como um elemento de classificação da assistência espiritual hospitalar, com o intuito de ajudar estes serviços a delinear, de forma estratégica, as suas dinâmicas de trabalho, no contexto hospitalar ou de saúde em que se inserem.

A tipologia encontrada baseou-se na interpretação nas diferentes formas de olhar e desenvolver a assistência espiritual, expressas nas respostas ao referido questionário. Foi premente entender a sua existência nas entrevistas concretizadas junto dos capelães. Um dos aspectos interessantes foi constatar que, apesar de ser uma tipologia, ela não é estanque e, mesmo que num discurso consigamos posicionar o interlocutor mais num tipo analítico do que noutra, o que se descobriu foi que as actividades desenvolvidas expressas pelos interlocutores circulam entre os vários tipos identificados, respondendo à diversidade das solicitações conforme elas se vão apresentando. Nenhum serviço é puramente de um só tipo.

Verificou-se então que, de facto, o tipo analítico mais comum é o favorecedor. O que encontrámos nas unidades de discurso, principalmente nas entrevistas dos profissionais de saúde foi, em larga medida, uma resposta facilitadora das actividades de concretização de sacramentos, de acordo com as convicções religiosas, quer pela solicitação directa de doentes ou familiares, quer pela visita espontânea do capelão:

«Normalmente as pessoas pedem para levar lá a comunhão ou para se confessar. A essa assistência sacramental têm direito e é-lhes dado, não falhamos, seja a que hora for. Às vezes a pessoa diz que se quer confessar. Mas não quer nada: quer conversar! Tentamos perceber a pessoa e dar-lhe paz.» (E3).

Neste caso, identificamos claramente um serviço em que se estabelece preferencialmente um envolvimento elementar, ou seja, da necessidade que o doente ou

familiar possa expressar no sentido das suas convicções religiosas e manifestá-las, e um posicionamento comparecente, isto é a oferta dos ritos próprios da religião que representam.

Também se encontrou, ainda dentro do tipo favorecedor, a referência ao sacramento católico da unção dos doentes. Aparentemente, conforme referimos anteriormente, este será muito solicitado pelos doentes de confissão religiosa católica. O testemunho do psicólogo revela, aliás, algum desagrado quando o capelão é solicitado, ou aparece na unidade de saúde, fundamentalmente para ministrar sacramentos, indicando que, de certa forma, o doente reconhece que chegou a hora de baixar os braços:

«Em termos culturais quando é que a gente chama o Padre? Quando estamos a morrer: -“Chame-me o padre.” -“Ãh??”, quer dizer, está a desistir, está a entregar agora... Os médicos não querem que as pessoas se entreguem... Tem um bocado a ideia da extrema-unção e de que o padre vem aí para a fazer. A última esperança... É péssimo, não há últimas esperanças... Tem que haver antes disso. Valia a pena ser um tratamento espiritual mesmo, de virem cá, falar-lhe, não é? Das coisas do seu espírito, do que ele acrescentou ao mundo por ter passado por cá.» (E11).

A premissa da relação também se fez presente nas entrevistas dos capelães. O seu discurso é estruturado a partir da noção que cada um tem acerca da relação pastoral de ajuda, dando corpo ao tipo vincular. Neste tipo, o envolvimento permanece elementar, tal como no tipo anterior, mas o posicionamento é cooperante, ou seja, verifica-se a aplicação dos traços caracterizadores da relação pastoral de ajuda, essencialmente os que dizem respeito à centralidade do indivíduo e o seu contexto social e familiar, como nos testemunha o capelão do hospital psiquiátrico:

«Tem (o capelão) a obrigação de assistir, apoiar, ajudar, cuidar o próximo, os doentes e as suas famílias. Quando uma pessoa está doente, toda a família está em crise. A família no tempo de doença do seu elemento tem problemas. Nós procuramos saber quem é a paróquia, mandamos uma carta e telefonamos. Mas o mais vulgar é atender as pessoas, estar atento às famílias e dar esse apoio.» (E3).

Ao nível da tipologia equacionada com envolvimento elementar temos o tipo diligente, ou seja, há a tentativa, por parte dos capelães, de cumprir a formalidade da recolha de dados para um futuro acompanhamento, mesmo que ele não venha a acontecer por força da curta duração dos internamentos. Neste caso, o posicionamento é classificado de instrumental pela utilização de instrumentos de avaliação ou registo de dados próprios do serviço de assistência espiritual e religiosa, conforme nos exemplifica a assistente espiritual:

«Tenho uma folha onde faço o diagnóstico inicial (...). A população mais velha não diz que tem religião, diz que é católica. Mas às vezes temos que adaptar à situação, por exemplo, trabalhar as expectativas dos doentes que querem recuperar e as coisas não são tão favoráveis. Até estou a pensar em mudar para uma folha inicial mais simples, porque da primeira vez as pessoas dizem uma coisa e depois dizem outra. Tem que ser uma coisa para que não tenhamos de escrever muito. Eu até tenho uma grelha para não ter que escrever tudo.» (E4).

O segundo nível de envolvimento possível de se cruzar com os três níveis de posicionamento que referimos é o envolvimento complementar. O envolvimento complementar pressupõe a preparação da abordagem para que a resposta às necessidades espirituais do doente seja cumprida de acordo com as suas expectativas, valores e convicções. A partir deste cruzamento obtivemos em primeiro lugar o tipo solícito. Neste caso identificámos quem estabelece uma ligação com o doente ou com os familiares deste de forma mais permanente. Da mesma forma que o tipo favorecedor, a resposta centra-se na concretização de sacramentos, como nos refere o capelão do hospital distrital:

«Por vezes, são as famílias que nos procuram para ir dar uma palavrinha, como dizem. Aqueles que já têm uma caminhada feita acabam por pedir também o sacramento da eucaristia, a comunhão, e nós procuramos sempre quando vamos tentar, para já, tentar saber a realidade que temos desta parte religiosa dos outros, fazer ver e perguntar a todos se é necessário puxar por temas, enfim, fazer ver se é preciso ter alguma atitude que os possa proteger de alguma agressão, chamemos-lhe assim, ideológica, doutrinal.» (E9).

Em segundo lugar, o tipo retemperador formaliza a relação pastoral de ajuda, aprofundando a satisfação das necessidades identificadas junto do doente ou do familiar deste. Disso nos dá exemplo a enfermeira responsável pela unidade de cuidados paliativos e o capelão do hospital psiquiátrico, este último de um modo mais directo:

«As pessoas têm um primeiro contacto e depois solicitam a continuidade, pelo que me parece que de facto (o capelão) é uma pessoa espiritual, por inerência, e religioso em segunda instância. É extremamente aberto a tudo, a muita coisa, a práticas, aceita muito a pessoa como ela é, habitualmente, nunca o vi não ser apaziguador. Quando as pessoas estão com ele, e as famílias, é extremamente apaziguador. É muito tranquilizador.» (E12)

«No início de qualquer diálogo é pensar a pessoa com sofrimento e o que é que eu posso dar-lhe de paciência, bondade, luz. Temos de ter recursos da psicologia, da relação de ajuda para poder ajudar a pessoa, e saber quais são as teorias e os conceitos da pessoa para a ajudar.» (E3).

Por fim o tipo integrador no qual, para além de se cumprir a formalidade do que está pensado ao nível da recolha de dados, procede-se também ao diagnóstico, intervenção e avaliação de todo o processo. Encontramos exemplo deste tipo no depoimento da assistente espiritual:

«Eu só faço a minha intervenção a partir do momento em que o doente já está compensado e é o próprio enfermeiro ou médico que o referencia. Há uma folhinha que mandam por e-mail com as necessidades espirituais ou religiosas. Às vezes é o próprio doente, quando estou lá e me vê a falar com outro que o solicita. Se estiver muito descompensado não consigo fazer o diagnóstico. Escuto mas aguardo sempre para uma intervenção mais profunda quando ele está compensado. Primeiro é compensar, estabilizar e depois é que há esta intervenção. (...) Eu uso a FACIT. Às vezes vamos aplicar a escala e depende muitas vezes do estado de saúde. Nem todas as escalas são claras, há doentes que se sentem invadidos.» (E4).

Como referíamos acima, nenhum serviço poderá ser só de um determinado tipo analítico. Os depoimentos adquiridos reflectem esse aspecto. Mas cada serviço adopta

certamente mais características de um tipo do que de outro, consoante tenha mais formação, pessoal ou capacidade organizativa para concretizar as características identificadas nesse tipo. No entanto, os serviços que apresentam características mais do tipo retemperador ou tipo integrador actuam no pressuposto de que, *a priori*, deve considerar-se a personalização do serviço, na adopção da melhor estratégia de intervenção para responderem às necessidades dos doentes. Estes serão os serviços que se mostram mais integrados nas dinâmicas de equipa das unidades hospitalares ou nos quais se reconhecem traços de intercâmbio e comunicação ao mesmo nível, reconhecimento da eficiência do serviço e eficácia dos métodos e instrumentos utilizados.

Por conseguinte, perguntámos aos profissionais de saúde quem entendiam ser o profissional mais habilitado para assegurar um serviço de assistência espiritual. No entender dos entrevistados a pessoa mais habilitada será, de acordo com as respostas, o “capelão” ou o “padre”, sendo esta respostas conceptualmente associadas. Três entrevistados referiram que, não tendo capelão, o serviço social, a psicologia ou terapeuta ocupacional poderiam assumir este papel se tivessem formação para tal.

O serviço de assistência espiritual, por mais simples que seja, é um serviço prestado ao doente, na medida em que ele o solicite e dele necessite. Neste sentido, os serviços prestados no hospital serão compelidos a adoptar um modelo de cuidados de saúde que reflecta a preocupação de inserir elementos que criem condições de maior bem-estar ao doente, conforme referíamos no ponto 3 do capítulo III. A fragmentação dos cuidados poderá ser contraproducente enquanto resposta às complexidades que os seres humanos apresentam. Cada indivíduo, quando comparado com outro, necessitará de elementos diferentes para se sentir bem e todos estes elementos estão ligados entre si, não se lhe apresentam em separado: se a experiência da doença passar pela interiorização e resolução dos aspectos ligados à espiritualidade, deve ser equacionada a melhor estratégia no contexto da equipa de saúde.

A partir deste pressuposto, quisemos saber até que ponto o ambiente multidisciplinar existe ou não nas práticas hospitalares. Deparámo-nos com respostas indicativas do (longo) caminho que ainda falta percorrer. Encontrámos no discurso da médica

responsável pelo serviço de urgência, por exemplo, uma visão multidisciplinar intramedicina, se é que podemos utilizar a ideia nestes termos:

«Eu sou internista e para mim a abordagem... Eu sou um peão, passe a falta de modéstia, importante, sou assim uma espécie de pediatra dos grandes, em que todas as doenças e todos os órgãos podem ser abordados por mim. Tenho formação necessária para abordar quase tudo. Muitas vezes a minha profissão é uma coordenação do trabalho de várias outras especialidades que precisam de trabalhar todas no mesmo doente. E portanto o abordar das múltiplas especialidades tem de ser depois aferido e ao aferimos nós trabalhamos do ponto de vista multidisciplinar sem que haja um que seja preponderante em relação aos outros.» (E2)

E distingue o posicionamento do médico face aos restantes profissionais:

«Estou a falar como internista, que é a minha especialidade, agora existem patamares idênticos ao meu, o meu é da decisão, da terapêutica e da investigação, mas tão importantes como estes nós temos a enfermagem e temos a abordagem da assistente social e do psicólogo. Não é à toa que temos consultas em que já temos isso tudo. Por exemplo, as consultas de diabetes em que temos o dietista, psicólogo, e portanto isso é um multidisciplinar em que concorremos para a mesma coisa que é a obtenção do melhor resultado naquela pessoa concreta ou num grupo de pessoas. E portanto aí também podemos inserir abordagens mais abrangentes, com especialidades ou outros grupos de profissionais. Isto é uma casa onde todos os grupos de profissionais são importantes, tem a vertente médica e depois temos inúmeras categorias profissionais em que todos são importantes mesmo que não estejam a trabalhar directamente no doente.» (E2)

Esta é, sem dúvida, uma visão clássica do papel do médico no contexto hospitalar ou das equipas de saúde, em que os cuidados fragmentados baseados nas diferentes especialidades são a norma da prática hospitalar. No entanto, mesmo que se advogue uma perspectiva multidisciplinar, ela pode não integrar nas suas práticas a dimensão espiritual, conforme verificamos no depoimento do psicólogo:

«Nós aqui trabalhamos sempre de uma forma multidisciplinar. Todas as doenças merecem uma abordagem multidisciplinar. Tem sido esse o nosso trabalho e é um aspecto fundamental da psicologia, é conseguir gerir com as outras valências e conseguir criar uma sinergia que seja efectiva e que não seja só aquela ideia que acontece muitas vezes, de não ser multidisciplinar, mas de ser pluridisciplinar, que é o termo mais comum, daquilo que é o paradigma geral de saúde. Este hospital é pluridisciplinar. Mas trabalhar de uma forma multidisciplinar é já uma outra abrangência: é preciso que eu conheça bem o trabalho dos meus outros colegas, para poder referenciar as minhas coisas a eles e esperar que eles referenciem as coisas deles a mim, quando é necessário.» (E11).

É também interessante referir este conceito a partir da perspectiva encontrada na entrevista com a gestora do hospital psiquiátrico. Neste âmbito dos cuidados, a perspectiva multidisciplinar é mais presente pelas características dos cuidados aos doentes com patologias do foro psiquiátrico. Assim, durante toda a entrevista, a interlocutora teve sempre a preocupação de transmitir a existência dessa perspectiva quer sob o ponto de vista teórico, quer sob o ponto de vista prático, ainda que não se detecte, a partir dos elementos do discurso, a presença do serviço de assistência espiritual e religiosa no contexto de equipa:

«De facto o ser, o ser gente, com bio, psico, social, cada um de nós, enquanto cidadão, enquanto utente, goza pelo menos destas três dimensões, o bio, o psíquico e o social. E portanto, o estarmos a tratar, curar, atender, deve ser sempre feito tendo em conta estas três dimensões e obviamente que elas só podem ser devidamente acauteladas se forem desempenhadas por diferentes actores, por diferentes saberes, por diferentes perspectivas e daí que a multidisciplinaridade seja, obviamente determinante. Nesta área ainda mais: na área da doença mental estas três dimensões assumem uma importância vital, ou seja, tratar só da questão física sem se perceber o que está além disso ou aquém disso, é muito pouco. Nós aqui, a brincar, costumamos dizer que reduzir tudo isto a pastilhas, de facto, não valia a pena haver saber, quase, não é? E portanto a multidisciplinariedade, o contributo das diferentes perspectivas para um ser que é complexo e que tem estas dimensões todas é obrigatório, obviamente. (...) Tentamos ter um mix destas perspectivas na mesma equipa, os assistentes sociais, os psicólogos, os psicopedagogos, os terapeutas ocupacionais, os monitores, os assistentes

operacionais, portanto, uma panóplia de profissões que só assim é que nós conseguimos entender a prestação de cuidados nesta área.» (E5)

Mas, conforme referíamos, uma abordagem que aceite e integre a realidade global do doente, incluindo a dimensão espiritual, proporciona uma melhor resposta, ainda que mantenha as expectativas do serviço de assistência espiritual ao nível do tipo favorecedor, conforme encontramos no discurso do médico:

«O doente é um todo e embora seja especialista de uma abordagem tão abrangente, de qualquer modo precisamos de todos, e isso para mim é multidisciplinar. Há também uma vertente que são os familiares, quando os doentes não comunicam porque estão sedados, etc, mas temos um papel importante com os familiares e aí há também uma abordagem multidisciplinar com uma parte de tratamento médico, uma parte técnica, aqui temos uma outra abordagem com a parte dos enfermeiros, a parte dos psicólogos, inclusivamente a parte da assistência espiritual, caso necessário. Temos aí casos de santa união que são pedidos, etc. Essa também é multidisciplinar.» (E7).

A dimensão religiosa e espiritual está entre os factores mais importantes na estruturação de toda a experiência do indivíduo incluindo os seus padrões de doença (Swinton, 2001). Parece interessante que na prestação de cuidados se encontrem elementos que de certa forma facilitem a cura ou o controlo dos sintomas, a partir da forma como o indivíduo constrói o seu quotidiano, lhe atribui sentido e vive a sua espiritualidade. No entanto, o reconhecimento e a adopção de uma metodologia de trabalho que atribui a mesma importância às diferentes disciplinas do saber, desafia as tradicionais estruturas de saberes, reabilitam os poderes no hospital e o actor principal passa a ser o doente ou, por outras palavras, o doente recupera a tutela da sua própria existência, recupera a tutela do santuário que é o seu corpo.

Há, no entanto, alguns discursos que relatam práticas integradoras da dimensão espiritual, apesar de a generalidade dos discursos não a revelar. Os profissionais de saúde que trabalham no âmbito dos cuidados paliativos relevam a dimensão espiritual e o seu contributo para o bem-estar dos indivíduos. Apesar de os entrevistados do serviço de urgência ou dos cuidados intensivos se referirem à morte como um elemento fundamental para se considerar o envolvimento do serviço de assistência espiritual e

religiosa, para além da dificuldade que têm em lidar com ela, conforme observaremos no ponto 1 do próximo capítulo, nos cuidados paliativos a morte será resultado omnipresente pelas características que estes cuidados apresentam, provocando no indivíduo o questionamento de si, a avaliação do seu percurso de vida e, muitas vezes, a ligação com o transcendente. Podemos considerar, então, o modelo de cuidados existente nas unidades de cuidados paliativos como sendo o modelo dominante no que diz respeito à integração da dimensão espiritual, sob o ponto de vista teórico, e à prestação da assistência espiritual, sob o ponto de vista prático. Disto nos dão conta a enfermeira responsável pela unidade de cuidados paliativos e a assistente espiritual:

«Todos os dados que colhemos e toda a informação que colhemos junto das famílias ou das pessoas significativas, tentamos responder. Muitas vezes há reflexões, há buscas espirituais. Podem ser aspectos religiosos, que muitas vezes é efectivamente a parte mais frequente que nos solicitam, e nós temos o apoio religioso da religião que é mais frequente na nossa população, mas que também recorremos a outras religiões quando nos solicitam» (E12).

«É preciso que o técnico (do SAER) esteja sempre na reunião de equipa e todos damos o nosso aporte, se há coisas novas eu intervenho e escrevo nos processos. Faço uma intervenção inicial e depois em todas as intervenções escrevo no registo diário. Há coisas que os outros vêem e por exemplo: “esta doente gosta de ouvir o terço às seis e meia”. O outro vai e lê aquilo e tem o cuidado de ligar o rádio naquela hora para a senhora ouvir. Mas há algumas situações em que o enfermeiro ou o médico pode satisfazer alguma necessidade mais básica daquelas religiosas e comunicar-me também. É preciso é que os outros estejam sensibilizados.» (E4).

Este último depoimento revela não só a participação do serviço de assistência espiritual no contexto da equipa, mas também uma sensibilidade diferente por parte dos elementos da equipa de paliativos onde se insere, uma sensibilidade que se pode construir a partir de entendimentos partilhados, conforme referíamos anteriormente. Estes entendimentos permitem, a todos, distinguir o que é e o que não é do foro espiritual. Quanto à prestação da assistência espiritual, o ponto de vista prático da assistência, e de acordo com a enfermeira responsável pela unidade de cuidados paliativos, ainda há pormenores a definir. Apesar de estar estabelecida a utilização de uma escala, ainda não se definiu

quem deverá aplicá-la, uma vez que a assistência espiritual é assumida pela equipa e o capelão, apesar de na entrevista esta enfermeira ter referido que ele participa sempre que tem possibilidade para fazê-lo, assumirá os pedidos específicos da religião que representa, a pedido da equipa:

«Há pessoas que nos conseguem verbalizar coisas e que nos fazem alguns pedidos de auxílio para encontrar um sentido, para progredir em relação à aceitação da sua situação. Nós temos uma escala de espiritualidade, temos uma escala FACIT. Foi nosso propósito inicial na organização escolher esta escala para a aplicarmos. Depois, por várias contingências, não fizemos um trabalho metódico e sistemático da aplicação da escala. Será um projecto posterior. Primeiro achámos que devíamos começar de uma forma, na organização consistente, fazermos uma avaliação de sintomas é por aí que tudo começa, sistemática e com alguma análise disso e depois evoluirmos para a aplicação sistemática da escala de espiritualidade. De qualquer das formas, às vezes pode ser um bocadinho discutível ou controverso, a facilidade com que se aplica a escala, quem é que da equipa aplica a escala, temos isso em discussão. Ainda não chegámos a uma conclusão por causa das contingências estruturais.» (E12).

Por outro lado, a assistente espiritual revela-nos o serviço de assistência espiritual e religiosa com um sentido de trabalho integrado e em equipa:

«Eu acho que é muito importante haver este serviço em todos os hospitais porque a pessoa pode até estar em fase de se curar mas se, ao mesmo tempo, disponibilizar este serviço e saber que está ali para ele, a terapêutica tem muito mais efeito, o tratamento corre melhor. A assistência é também para a família, e há casos em que a assistência é toda para a família, este contributo de presença também tem um efeito de redução da ansiedade. Os médicos e os enfermeiros que sabem que o doente está a ser acompanhado ficam mais tranquilos. Muitas vezes os doentes põem questões que eles não sabem responder e nisso contam connosco.» (E4).

Nestes casos a imagem que se tem do capelão é positiva, assim como o sentimento do reconhecimento por parte das equipas:

«Para mim é uma pessoa com uma visão muito para a frente, com um horizonte muito vasto. E eu acho que de alguma forma isso é fundamental, é uma pessoa muito de entrega, muito sensível ao estar do outro, mesmo quando se cruza connosco, muito atento, muito bom ouvinte e é uma pessoa muito motivada para os outros. É uma pessoa que, quando fala e quando está, marca a diferença pela positiva. Acho que são características que o fazem um bocadinho diferente do que é habitual nos padres que eu já tenho conhecido.» (E12).

Outro aspecto que é importante referir, até porque muitos dos depoimentos que foram até agora apresentados o indicam, é que na maioria se considera importante o apoio que se presta, quer aos familiares dos doentes quer aos outros profissionais. Mais ainda, conforme nos referia Barbosa (2003), o profissional de saúde deve, antes de mais, entender a sua própria espiritualidade para que possa estar atento e apto a apoiar outros, sem deixar que o sofrimento espiritual dos outros o arraste. Esse aspecto é evidenciado de uma forma muito clara pela assistente espiritual:

«Quando estou com os doentes sento-me ao lado deles, para criar a empatia, pego sempre nas coisas positivas para reforçar e nunca ser moralista e fazer juízo de valor, apelo aos sentimentos ao que a pessoa sentiu quando aconteceu determinada coisa. E ajudo na procura do perdão. Não há fórmulas mágicas para o sofrimento espiritual. Quem atende esta área deve viver também a sua própria espiritualidade para ajudar os outros. Quando não estou bem, também evito acompanhar as pessoas porque não vou ajudar.» (E4).

3. – O enquadramento legal: efeitos e influência.

3.1. - Efeitos práticos da legislação encontrados nas respostas ao questionário.

Desde a entrada em vigor da regulamentação de 2009 foram vários os aspectos que mudaram neste serviço, evidenciando uma grande influência deste factor exógeno na assistência espiritual e religiosa. Em duas questões abertas perguntámos aos capelães, em primeiro lugar, segundo a sua opinião qual tinha sido a influência real da regulamentação na estruturação do SAER (Questão 31), e em segundo lugar, o que é que efectivamente tinha mudado no mesmo serviço (Questão 32).

Assim, relativamente à primeira questão, podemos dividir os inquiridos em três grupos:

O primeiro grupo (este grupo representa 18% do total de respostas dadas) diz respeito àqueles que referem que a regulamentação não trouxe nada de novo ao trabalho que se desenvolvia anteriormente, ou o que trouxe foi, na prática, pouco perceptível.

O segundo grupo (este grupo representa 71% das respostas dadas) evidencia mudanças substantivas na acção dos serviços:

- à cabeça, o facto de ser possível efectivar uma assistência de acordo com as convicções religiosas dos doentes;
- por outro lado, a regulamentação evidenciou necessidade de organização dos serviços de modo a possibilitarem uma resposta assistencial com qualidade e de acordo com as exigências espirituais e religiosas do homem contemporâneo. Esta necessidade de organização passa também, na opinião dos inquiridos, por uma melhor coordenação e equipas com mais pessoal disponível;
- a credibilidade é também evocada, reconhecida, por exemplo, na dinâmica da assistência médica hospitalar, nomeadamente pelos outros profissionais, na integração dos processos de certificação de qualidade que alguns hospitais estão a levar a cabo ou no seio da própria Igreja Católica, na medida em que demonstrou a necessidade de ter pessoal qualificado nestes serviços.

O terceiro grupo (este grupo representa 11% das respostas dadas a esta questão) apresenta um posicionamento mais negativo, na medida em que refere que, apesar de existir uma regulamentação, as administrações dos hospitais não demonstram dar grande importância ao serviço. De acordo com a regulamentação, todas as unidades dispunham de um prazo de 180 dias para aprovar o regulamento interno do serviço de assistência espiritual e religiosa e, apesar de pronto, ainda não o aprovaram.

Já no que diz respeito à segunda questão há inquiridos que nos revelam terem acontecido as seguintes mudanças:

- Aumento do número de encaminhamentos por parte dos restantes profissionais de saúde: por haver mais informação sobre o serviço de assistência espiritual e

religiosa verificou-se um aumento do encaminhamento dos pedidos (6,5% dos que responderam a esta questão);

- Fundamento e formalização do serviço: o facto de existir a regulamentação, toda a acção é justificada, a presença dos capelães nos hospitais aparece mais bem definida, os restantes profissionais reconhecem as vantagens e entendem as funções dos capelães (esta razão vem representada em 11,5% das respostas);
- A regulamentação é uma solução em caso de dúvidas: entre o reconhecimento do direito do doente em ter a possibilidade de aceder, se necessário, a este tipo de serviço e a execução do pedido, a existência de regulamentação ajuda a perceber o tipo de resposta que pode ser prestada (7,5% dos que responderam a esta questão);
- Aumento do número de profissionais encarregados de desenvolver este domínio: este aspecto trouxe diferenças no tipo de “atendimento e apoio em presença habitual”, garantindo uma maior visibilidade junto dos profissionais, doentes e familiares (4% referiram esta mudança na sua resposta);
- Serviço ecuménico e de resposta inclusiva: é uma das mudanças mais evidenciadas pelos inquiridos que responderam a esta questão, uma vez que nos revelam respostas como “o contacto com outras igrejas tornou-se mais frequente” ou abertura ao “diálogo inter-religioso” (7,5% dos que responderam à questão 32).

No entanto, a maioria dos inquiridos (63%) referem que pouco ou nada mudou. Uma das respostas que gostaríamos de partilhar e que, julgamos, expressa inequivocamente este aspecto, refere que mudou “pouco, pouco, pouco” depois da regulamentação. Algumas das respostas denunciam a falta de um local de trabalho, colocando o assistente espiritual mais numa posição de “visitante” do que numa posição de profissional, ou as precárias condições de trabalho, particularmente no que diz respeito a questões de carreira ou contrato de trabalho.

3.2.- Influência do enquadramento legal nas dinâmicas da assistência espiritual

No segundo ponto do capítulo IV descrevemos o percurso que a evolução da legislação respeitante às capelanias hospitalares portuguesas sofreu. Essa história continha também os passos dados ao nível do diálogo inter-religioso, enfatizando particularmente a democratização do espaço religioso e a forma como subsistiu o protagonismo da Igreja Católica, pelo menos na parte negocial com o Estado Português, evidenciando uma neutralidade positiva (Monsma, 1993; Glenn, 2000) deste último face à primeira. Para além deste aspecto, a viragem subjectiva da religião (Hellas e Woodhead, 2005) para a espiritualidade individual e privatização do fenómeno religioso, provocam curiosidade na análise e debate acerca da secularização das sociedades: por um lado verifica-se autonomia individual, aumento da compartimentação, certo declínio da autoridade das instituições religiosas ou dos índices de participação. No entanto, por outro lado, razões se levantam para que se proceda continuamente à revisão do próprio fenómeno de secularização, nomeadamente o crescimento das igrejas conservadoras e evangélicas nos Estados Unidos, o declínio das igrejas liberais, a persistência do interesse na religião em várias sociedades ditas “ocidentais”, incluindo até mesmo as idas à igreja, e a vitalidade religiosa noutras partes do mundo (Hervieu-Lèger, 2001). É uma situação com alguma ambiguidade, um conceito preso entre diferentes realidades e muito dependente das circunstâncias. No contexto desta investigação constatámos que o facto de a Igreja Católica portuguesa ter tido a possibilidade de ser o interlocutor privilegiado junto do Estado Português em todo o percurso negocial da lei, poderá ter diluído, de certo modo, a verificação do conceito de secularização na sociedade portuguesa, mas seguramente demonstrou que a Igreja Católica portuguesa ainda é protagonista ao nível das capelanias hospitalares.

Quando no próximo capítulo nos referirmos aos contornos do conceito de espiritualidade encontrados dos discursos dos entrevistados, não tomaremos o conceito de dimensão espiritual como um direito. O propósito desta decisão é o facto de avançar dentro desta parte interpretativa com a análise dos matizes legais de um conceito tão volátil como a espiritualidade. Assim, desde logo encontramos na entrevista da enfermeira:

«Acho que a espiritualidade obviamente, na medida em que a pessoa a pretenda viver, vejo-a como um direito. Para mim é independente do contexto em que está, mesmo que esteja desenraizada do local onde nasceu, onde cresceu, o caso dos imigrantes, vejo a sua espiritualidade como um direito transversal, e portanto acho que a pessoa tem o direito a viver a sua espiritualidade e tem o direito a ter no contexto em que vive, a forma de o conseguir viver na sua totalidade, se possível. Nesse sentido sim, vejo a espiritualidade como um direito.» (E10).

Este depoimento transmite a ideia de que por mais que o conceito se centre no indivíduo, a espiritualidade é construída de acordo com o contexto social em que o indivíduo vive. Revela o reconhecimento do direito que o indivíduo tem de viver a sua espiritualidade e a sua religião de acordo com as suas convicções. Dentro do tema do reconhecimento do direito houve um bom número de unidades discursivas (não foram encontrados elementos nas entrevistas E4, E9, E11 e E13).

«Uma das coisas é sob o ponto de vista legal, que é o último decreto regulamentar, facilitava muito as coisas no sentido da assistência espiritual e religiosa. Eu creio que a assistência espiritual e religiosa é um direito do doente. Sendo um direito do doente, havia necessidade do hospital ser pró-activo, tanto mais que é um direito que faz bem ao doente, é causador de bem-estar, etc. Faria bem ao hospital ser pró-activo na proposta ao doente se quer assistência espiritual e religiosa como diz o decreto e de ser perguntado ao doente, de ser dito ao doente quando ele é internado, de ser dito e informado dos seus direitos, coisa que não é feita.» (E1).

O depoimento do capelão do hospital universitário revela, para além do reconhecimento legal, uma atribuição de responsabilidade à administração hospitalar, no sentido de respeitar a lei, de incluir no seu sistema de rotinas a pergunta ao doente acerca do seu desejo de ser ou não assistido por este serviço. Este depoimento é semelhante ao terceiro grupo de opinião que se encontrou nos questionários quando se perguntava acerca da influência real da regulamentação na estruturação do serviço de assistência espiritual e religiosa. De acordo com as respostas então obtidas, há nalguns casos alguma indiferença por parte das administrações relativamente a este serviço. Por outro lado, por parte das administrações, a lei é para cumprir, seja qual for a religião, conforme nos refere a gestora do hospital distrital:

«Estamos a preparar uma sala para outros cultos, como é obrigatório, temos de dar condições para todos e estamos a preparar uma sala nesse sentido. Desde que eu cá estou ainda não foi solicitado, mas nós temos de cumprir a legislação e está previsto isso, temos de ser isentos e dar oportunidade a todos. Tenho dúvidas se o capelão poderá representar outras religiões, mas numa conversa que tive com o senhor capelão vi uma grande abertura da parte dele em receber, sem problema nenhum, o que achei muito interessante.» (E6).

O aspecto do reconhecimento da legislação acarreta, como vimos neste depoimento, a questão da presença de outras religiões. Conforme referimos anteriormente, a responsabilidade das capelanias está a cargo da Igreja Católica. Mas o serviço deve acolher todos os pedidos e, nesse sentido, encontrámos nos discursos dos entrevistados, quer os capelães, quer dos profissionais de saúde, diversas modalidades para o fazerem. Assim, o mais comum é a existência de uma lista de contactos das diferentes confissões religiosas. Nalguns casos essa lista encontra-se no serviço, noutros casos foi distribuída pelas diferentes unidades e serviços do hospital. Um exemplo diferente foi encontrado na unidade de cuidados paliativos, já que a enfermeira aí responsável nos indicou que foi um dos enfermeiros que fez uma listagem das práticas religiosas, ou outra enfermeira que procedeu ao levantamento das medicinas alternativas.

Quanto à efectivação desse direito, apesar de não ser um acto enquadrado nas práticas quotidianas, a concretização dos pedidos que é realizada pelos enfermeiros a partir dos pedidos dos doentes, acontece quase como acto processual de recolha de dados, conforme encontramos numa resposta da enfermeira que entrevistámos:

«Quando o doente é internado no serviço é sempre feita uma colheita de dados, na qual nós perguntamos ao doente qual é que é a sua religião e se tem alguma necessidade espiritual que queira referir.» (E10)

Também o serviço de urgência tem a preocupação de responder aos pedidos solicitados por força legal:

«Às vezes temos o pedido do próprio doente que quer falar com o Padre, às vezes temos da família que sabe que os doentes vêm mal ou têm doença súbita e estão mal, e a família sabe. Isto se a família perceber que o doente está mal, porque às vezes fazem negação e fazem fuga para a frente. “Ah! Ele gostava muito de levar a extrema-unção, chame lá o padre”. Acciona-se de imediato, nós accionamos de imediato.» (E2)

E esta resposta legal não se confina apenas à confissão católica. As outras confissões religiosas também encontram espaço de concretização do seu direito no serviço de urgência:

«Outras religiões, que não a católica, de uma forma geral, as pessoas sabem que não temos rabi, não temos imã, mas eles próprios dizem “Nós trazemos, nós chamamos”. E vêm. E é disponibilizado o espaço para as pessoas estarem, entrar a qualquer hora, independentemente de ser hora de visita, a gente corre a cortina, se querem estar ali, se querem rezar, se a família quer estar, rezar. Estou a falar de doentes de SO, porque não os podemos transferir e não podem ir para mais lado nenhum, estão monitorizados.» (E2).

Na entrevista da enfermeira detectámos ainda que é utilizado por vezes o argumento legal de autorizar a assistência espiritual e religiosa se não prejudicar o funcionamento do serviço de saúde onde o doente se encontra. No entanto, em alguns casos a não permissão pode não ser benéfica, como nos dá a entender a enfermeira:

«Temos muitas crianças que são operadas com cardiopatias congénitas e vêm evacuadas de países africanos e que muitas das famílias têm algumas crenças, acreditam que aquela criança vai ser curada se lhe forem ministrados alguns ministérios, que elas entendem e se forem, eles fazem um ritual com uns óleos e uns perfumes, etc. E muitas vezes nós, quando nos é perguntado se é possível ter a presença de um, eles não lhe chamam líder espiritual, mas há-de ser um feiticeiro, para fazer essas mezinhas, esses rituais, a resposta é logo não. Não porque “o controlo da infecção isto...”, “e porque só pode entrar uma pessoa” e porque aquilo implica um ritual, etc... Acho que nesta área, não digo num pós-operatório imediato, mas às vezes, sinto um pouco até um pouco cruel, mesmo com aquelas crianças, porque para elas também há-de ser importante, digo eu... se calhar até não, mas é aquilo a que estão

habitadas e já estão deslocadas da sua realidade, não é, já estão num país completamente estranho, uma língua que não percebem, submetidas a uma cirurgia super agressiva, e porque não? Deixarmos que aquelas pessoas se realmente são importantes para aquela criança, poderem à maneira deles, dentro dos limites de segurança, poderem intervir no processo de tratamento, não sei...». (E10).

De acordo com os entrevistados, principalmente os capelães, são os católicos, mesmo os praticantes, os que menos solicitam e exercem este direito, evidenciando um problema de comunicação, conforme testemunha o capelão do hospital universitário:

«Nas comunidades cristãs dá-se uma coisa muito curiosa: de uma maneira geral as comunidades cristãs sabem que existem capelanias e capelães mas, quando chegam ao hospital não sabem que existe, esquecem essa realidade. Geralmente os que são de outras confissões religiosas até são os que mais pedem, porque sabem que não a têm e também são comunidades pequenas, com uma assistência mais personalizada, eles realmente têm uma preocupação em serem mais assistidos. Mas exactamente porque não pedem, não se apresentam, depois é difícil a gente ir à procura deles porque não sabe, é como ir à procura de uma agulha num palheiro, não sabemos onde estão, não sabemos quem são. É este problema da comunicação. Para mim um dos problemas graves.». (E1).

Os questionários evidenciaram algumas mudanças positivas elencadas no ponto 1.9 do capítulo VI e que encontram paralelo nas respostas fornecidas pelos entrevistados. Algumas das respostas dos questionários referiam as dificuldades sentidas a partir da inexistência de um local de trabalho apropriado e colocando o capelão mais como um visitante no hospital do que um profissional de saúde. Com a excepção do capelão do hospital psiquiátrico, todos os outros referiram este aspecto nos seus depoimentos. Este aspecto é importante porque a lei contempla a existência de espaços com privacidade para o atendimento espiritual e religioso. São exemplo os dois depoimentos seguintes:

«Muitas vezes não se encontram, os doentes precisam de um espaço para conversar confidencialmente e não é possível.» (E1).

«É pela conversa nas enfermarias. Não tenho um espaço próprio, nas enfermarias, e às vezes nos corredores, um bocadinho, quando as pessoas querem uma conversa mais particularizada, é nos próprios corredores.» (E13).

Apesar dos pontos e contrapontos, a lei foi fundamental, quer para o início da introdução de uma abordagem mais abrangente no modelo de cuidados, protagonizado pelos diferentes serviços de saúde, quer pela melhor definição do papel do capelão no meio hospitalar e do papel dos restantes profissionais de saúde enquanto co-responsáveis por uma resposta. Mas, sobretudo, a lei veio introduzir formalmente o direito à assistência espiritual e religiosa no meio hospitalar.

Não se sente, no terreno, uma falta de protagonismo da Igreja Católica, pelo menos na figura do capelão católico: os que têm maior facilidade em equacionar o serviço com respostas mais elaboradas, sob o ponto de vista da tipologia apresentada, não só beneficiam eles próprios de uma imagem positiva por parte dos outros profissionais de saúde como, acima de tudo, ao doente é prestado um serviço mais completo. Não se sente também, por parte dos capelães, a falta de capacidade de resposta a outras confissões religiosas: as soluções encontradas demonstraram até aqui serem eficientes e todos testemunham uma boa relação com as outras igrejas ou religiões. Este aspecto é tão real como o facto de ser a Igreja Católica a gerir o grupo inter-religioso, o Grupo de Trabalho Religiões Saúde, que se formou para resposta e reflexão acerca deste tipo de assistência. Este grupo produziu já o seu primeiro instrumento comum: foi editado em 2011 um manual de assistência espiritual e religiosa hospitalar, que concentra para 11 religiões diferentes, as práticas religiosas e textos sagrados, os ritos de nascimento, a alimentação e prescrição religiosa, o sentido e práticas na doença e no sofrimento e os ritos prescritos perante a situação de morte.

Capítulo VII

No hospital: a saúde e a espiritualidade

Os contributos da perspectiva sociológica podem encorajar os profissionais de saúde a optarem por uma abordagem da pessoa e não do doente como foco da doença (Turner, 1987), ou seja, estes contributos assumem um posicionamento oposto ao modelo biomédico da doença, multiplicando as suas causas ao considerar no seu entendimento o contexto histórico, cultural e social do indivíduo. Neste contexto encontramos também a dimensão espiritual que agora interpretamos.

1.- A assistência espiritual: contornos de um conceito volátil no quotidiano hospitalar

As formulações teóricas de Hellas e Woodhead (2005) indicam-nos que, na actualidade, o focus de análise do fenómeno religioso tende a deslocar-se da religião, por referência a um Deus, para a espiritualidade, mais dedicada ao propósito e ao sentido da vida. É a identificação de uma viragem subjectiva do focus de análise. Para esta viragem poderá ter contribuído a perda da influência religiosa institucional, nos indivíduos e na sociedade, e o que se pode chamar de privatização do fenómeno religioso. As mudanças provocadas por esta privatização do fenómeno religioso e pela redução da influência da religião instituída desafiaram o olhar da sociologia e aumentaram o interesse no conceito de espiritualidade, fundamentalmente entre os sociólogos anglo-saxónicos do fenómeno religioso. Verifica-se esta curiosidade principalmente porque se observa, então, uma deslocação da relação com o sagrado do posicionamento hierárquico para um posicionamento assente na liberdade de escolha de cada indivíduo. A espiritualidade *per se* não pode ser, no entanto, reduzida ao âmbito desta privatização, uma vez que também se reflecte nos comportamentos e posicionamentos sociais dos indivíduos: as escolhas individuais, apesar de aparentemente parecerem únicas e personalizadas, são sistematicamente influenciadas pelo conjunto, pela sociedade em que estão inseridas, pelo entretencimento que a vida em sociedade provoca: *«Distingue-se, por exemplo, entre “espírito” e “alma”, entre “razão” e “sentimento”, “consciência” e “impulso” ou “ego” e “id”. Mas a diferenciação rigorosa e decisiva das funções psíquicas com que nos deparamos neste tipo de palavras não é – e repito-o – algo de pura e*

simplesmente pré-fornecido pela natureza. Só se produz mesmo no ser humano quando e se este, em criança, for integrado e crescendo num grupo, numa sociedade de pessoas» (Elias, 1993: 54). Por isso ser interessante o olhar sociológico sobre a espiritualidade.

De qualquer forma, apesar das tentativas de distinção entre estes dois conceitos serem razoavelmente bem sucedidas no plano teórico, no plano prático a ambiguidade dos discursos, não só dos profissionais de saúde, mas também dos capelães, é ainda muito intensa. Fala-se, por exemplo, dos contextos culturais do indivíduo, como é exemplo o seguinte excerto da entrevista da enfermeira:

«Quando eu penso em espiritualidade, obviamente que tenho que ter em conta as questões da própria cultura da pessoa.» (E10).

Mas fundamentalmente os entrevistados definiram espiritualidade a partir da idealização pessoal de religião ou transcendente:

«A pessoa tem a outra dimensão, naturalmente, a dimensão teológica que a liga aos outros e que nem sempre é mensurável, nem sempre é tratada sob os aspectos técnicos. E com Deus, naturalmente tem a ver com a relação com Deus, com o transcendente. É esta relação com o transcendente, com o outro, se quisermos. Naturalmente que, o desenvolvimento destes aspectos na vida da pessoa, e a atenção a estes aspectos na vida da pessoa, naturalmente que tem a ver com essa dimensão espiritual.» (E13).

«A espiritualidade tem muita ligação com a parte religiosa, mas penso que são estanques, são situações diferentes: a pessoa pode não ser uma pessoa religiosa mas ter uma espiritualidade forte, ter forças para lutar no seu dia-a-dia. Uma pessoa religiosa pode não ter este sentido, ou seja, facilmente pode deixar-se abater porque não se sente bem consigo própria, não tem forças suficientes para se autovalorizar, reconhecer-se como pessoa única e que faz parte de um todo, que é a sociedade.» (E9).

«É religião, o estado de espírito da pessoa, tem muito a ver com a religião que a pessoa adopta. Não sei em que é que os não crentes se baseiam, porque essa questão “não acredito”... tem de haver alguma coisa em que se crê, em que se acredite.» (E6).

Esta unidade de discurso que obtivemos da entrevista à gestora do hospital distrital revela também a liberdade que os entrevistados sentiram em exprimir o seu posicionamento religioso, à excepção dos capelães pela óbvia identificação à religião católica. Alguns chegaram mesmo a referir que é muito difícil dar uma opinião isenta sob o ponto de vista da sua identificação religiosa. Esta questão não foi colocada, obviamente não se perguntou a ninguém que religião professava, não houve qualquer indicação neste ou noutro sentido. O que entendemos dos posicionamentos que os entrevistados partilharam é que o tema em si lhes provocou esta vontade de nos indicarem a sua preferência religiosa, ou a manifestação de que acreditam nalguma coisa em termos religiosos, como se a referência a esse posicionamento ajudasse a explicar a sua visão de espiritualidade e não tivessem necessidade de dizer tudo. De qualquer forma todos referiram ser muito difícil expressar por palavras o seu conceito de espiritualidade.

O conceito de espiritualidade, ainda que esteja localizado em variados contextos, ele é associado a aspectos ligados a uma religiosidade experimental, interior, ligada de uma forma geral às dimensões subjectivas da identidade de cada indivíduo, conforme expressa o capelão do hospital psiquiátrico:

«É tratarmos da harmonia da nossa vida. Consiste em penetrar e mergulhar mais no íntimo de cada um. Pode ser religiosa, no sentido de pertença a uma igreja, mas pode ser simplesmente uma vivência humana com outra dimensão que não se sabe bem o que é. Entendo que me leva a actos, a gestos, a ritmos, a estar calado ou a falar, ou a dirigir-me aos outros ou simplesmente a existir, mas a existir comigo mesmo, o que é uma grande complicação. Consiste em ter a sensação de me estar a relacionar com a identidade que afinal está dentro de mim. Pode ser mais do que isto, mas também não sei dizer.» (E3).

Este conceito tem por isso a necessidade de ser adaptado conforme o contexto em que ele é analisado, levando a que os profissionais de saúde, quando o consideram nas suas práticas quotidianas ou no seio do seu modelo de cuidados, o devam fazer na exacta medida em que o doente também o considera. Para melhor entender o nível de importância desta dimensão é importante ter em conta as experiências individuais.

Constrói-se então a espiritualidade como um processo em desenvolvimento, como um sistema de crenças e valores, revelador da necessidade que cada um tem em entender o sentido da sua vida, da transcendência ou de procurarem algum preenchimento a nível espiritual. Estamos perante uma grande variedade e diversidade de escolhas (Barnum, 1998, Swinton, 2001).

Em termos gerais, no quotidiano dos entrevistados, ou talvez mesmo no contexto da saúde, a espiritualidade revela-se elemento de virtudes funcionais de adaptação e *coping*, e mesmo de resiliência e transformação face à circunstância de doença da pessoa, muito distante da clássica divisão entre a mente e o corpo e reconstruindo um encorpamento social (Turner, 1987) de modo a fornecer um olhar mais preciso sobre a doença:

«Embora continue a dizer que acho que é importante durante todo o ciclo da doença, porque na verdade, e isto da minha experiência, a verdade é que os doentes que nós temos e que vivem uma espiritualidade, seja ela qual for, de forma activa, têm processo de recuperação, pode ser da minha cabeça, mas a verdade é que encaram a doença de uma forma muito mais saudável, comparando com outros doentes que não tenham essa vivência espiritual, que não tenham nada que a nível espiritual os mova, seja o que for.» (E10).

«O contributo que dá é um contributo de humanização, por um lado, por outro lado é de corresponder às necessidades dos doentes portanto, nesta área, da busca de sentido, no sentido da celebração da fé, no sentido do conforto e da harmonia do próprio doente.» (E1).

«O facto de se sentir doente é uma preocupação grave na vida de toda a gente, qualquer que seja a doença. É sempre um choque. O primeiro choque é logo a negação. A espiritualidade é um campo muito vasto. Em qualquer fase, o capelão pode ser alguém que se preocupa, uma energia, uma luz, uma segurança. É alguém que gosta de nós. Quem está doente não sabe muito bem os horizontes, ou os tempos que tem ainda, ou pelo menos que qualidade de vida vai ter. Sempre que há alguém que ouve, e fala também um pouco, é importante em qualquer fase da doença.» (E3).

Nestes depoimentos é evidente o desafio que se coloca aos profissionais de saúde: ajudar os doentes a encontrarem sentido na sua situação de doença (Puchalski, 2001; Frankl, 1973, 2011). É importante não esquecer também, conforme referia Fuller (2008), que a religião e a espiritualidade podem muito bem surgir da experiência corporal. A experiência corporal pode evocar a necessidade de satisfazer a dimensão espiritual na medida em que a doença evoca também ela, a sensação de limite ou finitude (Tracy, 1978). Também Glucklich (2001) nos indicava que o facto de o indivíduo se encontrar mais fraco no corpo e nas suas emoções faz emergir uma nova identidade. O corpo é veículo da identidade (Giddens, 1992), num hospital cujo ambiente pode ser considerado hostil (Strauss et al, 1985). Também no hospital podemos considerar o indivíduo em situação de desabrigo do seu contexto, conforme identifica Berger et al (1974) ao referir-se ao conceito de *Homeless Minds*. Neste caso, o contexto deixa de ser provocado pela mobilidade e dinâmicas migratórias, para passar a ser provocado pela situação de doença, uma vez que o indivíduo sai do seu território habitual. E assim sendo, poderá tender a procurar o lugar do coração, *Heartland*, junto dos que lhe podem transmitir segurança e construção de significados, facilitando elementos interpretativos da realidade.

Verificamos, assim, um reconhecimento teórico da dimensão espiritual presente nos discursos dos entrevistados. Aliás, os questionários também revelaram este aspecto, em concreto no facto de 57,6%⁸¹ dos capelães respondentes considerarem que os profissionais de saúde estão atentos à dimensão espiritual dos doentes. No entanto, radicalizando um pouco o discurso, ou a espiritualidade aparece sempre ligada à religião, ou só é efectivamente reconhecida na fase final da vida (conforme falaremos adiante), isto é, qualquer que seja a noção conceptual que cada profissional tem acerca da espiritualidade, esta dimensão não se encontra nos elementos discursivos das práticas quotidianas hospitalares:

«Na prática, eu acho que não é uma prioridade para a maior parte dos profissionais e isso vê-se na forma como as pessoas não abordam a questão, portanto, voltando ao que estávamos a falar há pouco: se for o doente a manifestar essa necessidade, tudo muito bem, mas não parte, a maior parte das vezes do enfermeiro, ou do profissional, é

⁸¹ Recordando o valor: 52,5% concordam e 5,1% concordam totalmente com a afirmação de que os profissionais de saúde estão atentos à dimensão espiritual.

melhor falar dos profissionais de saúde, não parte, a maior parte das vezes, do profissional de saúde essa abordagem.» (E10).

«Quando a pessoa está doente psicologicamente, um dos aspectos que a define é ela estar fora do real, perdeu a dimensão da realidade e por isso adoecer, entra num processo psicótico. Nessa altura a parte espiritual não vai ter... Por vezes é isso a causa da doença, mas isso terá que ser tratado biologicamente primeiro e depois em psicoterapia tentar alguma coisa, numa fase tardia.» (E11).

«Eu sei que reconhecem que isto tudo é importante mas falta-lhes tempos e espaços para estabelecerem precisamente esta relação. Não vejo, à partida, que isso seja uma prioridade ou um dos elementos considerados quando se faz a planificação de um trabalho numa unidade de saúde.» (E13).

É notório, nos discursos, uma certa informalidade no tratamento desta dimensão. Esta informalidade comporta também o não ter em conta a dimensão espiritual nas práticas quotidianas dos profissionais de saúde, como, aliás, veremos no ponto seguinte. Encontrou-se também uma lacuna considerável entre o reconhecimento da espiritualidade enquanto elemento importante da vida dos indivíduos e, por um lado, a insuficiente preparação pela existência de currículos formativos na fase académica da aprendizagem que não contemplam de forma evidente uma perspectiva mais humanista. Por vezes ela é mesmo inexistente (Oldnall, 1996). Também conforme veremos mais adiante, a exceção apresentar-se-á nos cuidados paliativos, onde a procura de formação no âmbito da espiritualidade é condição fundamental para uma boa prestação dos cuidados. Por outro lado, não existe uma oferta sistemática de acções de formação que possibilitem novas abordagens, quer para a generalidade dos profissionais de saúde, essencialmente presos às rotinas do quotidiano hospitalar e das quais sobra pouco tempo, quer por parte dos capelães, presos, na perspectiva dos outros profissionais de saúde, ao contexto religioso de cada um. Disto são exemplo os três excertos seguintes:

«Eu creio que depois por outro lado, e creio que aí que é o mais grave, a meu ver, e que depois influencia as pessoas, e as pessoas não têm culpa, é o défice de formação. A nível dos currículos de formação estas coisas não estão lá. E quando estas coisas sob o ponto de vista mais humanista não estão lá, a pessoa não está formada para isso, não

está atenta para isso. E eu creio que aqui é um problema. Tem a ver com os currículos de formação, tem a ver com a marginalização a que se vota, por exemplo, os aspectos mais humanistas.» (E1).

«Não têm, não têm. Isto é um trabalho pessoal. Não têm primeiro, porque há pouca coisa, pelo menos que eu veja, de formação e assim. E depois isto, infelizmente também não devia ser assim, mas eu acho que tem muito a ver com a maneira de ser das pessoas e há pessoas mais sensíveis, outras menos sensíveis.» (E7).

«Se calhar tinha que ser um mix entre capelães, tinham que ter uma formação sociológica, porque o capelão está conotado com a religião católica e nós temos que ser abrangentes.» (E2).

Este aspecto já tinha sido também considerado nos questionários. A maioria dos respondentes tem licenciatura em Teologia (82,1%) e a formação complementar foi expressa, mas de uma forma muito residual.

O hospital torna-se o palco privilegiado para a constatação de que os indivíduos não acreditam todos nas mesmas coisas ou actuam previsivelmente de uma mesma forma (Augsberger, 1986). De facto, na actualidade, temos de ser impelidos a avaliar o sistema de crenças de forma plural, em que cada indivíduo procede às suas escolhas, quase de forma sistemática e, como nos referia Berger (2004), ficamos à mercê das consequências que o elevado grau de reflexividade provoca na vida humana. O indivíduo constrói os seus próprios contextos e, quando procura Deus, fá-lo por si mesmo, delineando as suas próprias trajectórias. A construção individual (Prat, 2007) das trajectórias, da essência à ficção e desta à construção, acarreta um sentimento de vulnerabilidade e instabilidade (Bourdieu, 1998). No hospital revelam-se, então, quer as características simultâneas da espiritualidade (a universalidade, a diversidade e a singularidade, conforme já referimos no ponto 2 do primeiro capítulo), quer a vulnerabilidade do indivíduo. As transformações provocadas pela situação de doença (Glucklich, 2001) desafiam os indivíduos a colocar novas prioridades na sua existência. Na prática, o indivíduo procura no hospital uma resposta para a sua doença ou mal-estar. Procurará antes de tudo resolver o seu problema de saúde e o desconforto que ele

acarreta (Strauss et al, 1985). Todavia, o que encontra poderá não corresponder às suas expectativas de cura, conforme revela o discurso desta médica:

«Antigamente as doenças tratavam-se e tinham uma resolução. Nós, actualmente, vivemos uma fase de doenças, costumamos dizer que já nada se cura no sentido orgânico, os doentes saem melhorados. Raramente a gente escreve na nota de alta que os doentes saem curados. Só saem curados se, por exemplo, tiverem uma apendicite, foram operados e saem curados. Do ponto de vista da nota alta nós não pomos curados. Eu acho que tudo tende para uma cronicidade, eu acho que as doenças tendem para uma cronicidade. Os doentes têm múltiplas patologias e, portanto, do ponto de vista estritamente médico, o curar, hoje em dia, quase que diria que nós estabilizamos, mas não curamos.» (E2).

Esta visão é, no entanto, uma visão mecânica do trabalho do médico, abordar a doença a partir do quadro biológico e fisiológico – *disease* (Turner, 1987), diferente da posição deste capelão:

«Curar tem a vertente da parte física, que devemos entender sempre na perspectiva de reabilitar a pessoa doente, no seu todo. Ou seja, quando a pessoa está doente tem necessidade de curar todo o seu mal-estar físico, mas também de curar-se a si própria no seu aspecto psicológico e na forma como encara a doença. E, portanto, o curar passa por aí, no seu todo.» (E9).

Estão presentes neste discurso os traços correspondentes a uma filosofia holística dos cuidados, onde ter saúde não significará apenas o bem-estar físico, mas também o bem-estar social, emocional, cultural e espiritual do indivíduo.

Para além das expectativas de cura, ou quando o diagnóstico clarifica e desenha melhor essas expectativas, o indivíduo poderá estar em condições para proceder, de certa forma, aos ajustamentos necessários para a nova situação, nomeadamente aos que podem considerar-se de transcendentais à sua existência, a ordem invisível (William James, 1902). Como referíamos no Capítulo III, o desenho das expectativas depende em larga medida do valor que cada indivíduo atribui à sua dimensão espiritual. Da mesma forma, o sentido é atribuído de acordo com a visão do mundo, de acordo com as aspirações do

indivíduo. É-lhes, portanto, específica e exclusiva (Frankl, 2011). Seja pela ligação ao divino, seja de forma descomprometida face a uma religião ou mesmo sem qualquer especificidade, é difícil, conforme veremos adiante, saber claramente como responder a esta dimensão. No entanto, é comum a configuração da realidade do final da vida e, ao apresentar-se essa noção de finitude, os intentos realizados por cada indivíduo podem muito bem ser os que conduzem à garantia de um lugar na eternidade (Berger, Berger, Kellner, 1974). Disto é exemplo o relato da médica responsável pelo serviço de urgência:

«O que é que eu noto: todos nós temos medo da morte, e todos nós a empurramos ou compartimentamo-la. Acho que socialmente a morte está cada vez mais compartimentada, deixou de ser um fenómeno inserido na família, lembro-me de ser miúda, e os miúdos não ficavam nada traumatizados com isso, que ali o senhor que vivia duas casas abaixo, tinha morrido em casa, com a filha, com a mãe, agora está deslocado para os hospitais. Eu acho que na fase final todas as pessoas têm alguma necessidade, ou pelo menos temos constatado que as pessoas querem de alguma maneira fazer algo que passe um bocadinho a esponja, fazer, não sei, um acto de contrição das suas coisas menos boas, ou um balanço da sua vida. Eu acho que nas fases mais precoces as pessoas não verbalizam isso.» (E2).

De acordo com Bauman (1998), as preocupações com a eternidade não aparecem de forma espontânea e natural, requerendo um grande esforço para que sejam consideradas ao mesmo nível que as acções do quotidiano. Ora, no hospital, a morte pode fazer parte desse quotidiano, mas nem por isso o esforço é menor: a morte é um processo difícil de lidar por parte dos profissionais de saúde:

«Nós aqui somos confrontados com uma realidade que não é desprezível, que é a realidade da morte, da morte e do sofrimento. E muitas vezes temos de transmitir isso às pessoas e, sobretudo, temos que as confrontar com a possibilidade do doente, do seu familiar morrer, não é? E de alguma maneira dentro das dificuldades que temos dentro do nosso trabalho do dia-a-dia é fornecer-lhes algumas pontes, ou algumas escadas, ou algumas ajudas, para que possa fazer essa travessia o menos dolorosamente possível mas é difícil, às vezes é difícil porque cada pessoa é uma pessoa.» (E7).

A aproximação à morte configura-se como uma das razões de procura de assistência espiritual e o papel de resposta é assumido pelos profissionais de saúde:

«Os católicos solicitam muitas vezes os sacerdotes para a extrema-unção, não só o doente como a família, e como do ponto de vista a extrema-unção pode ser dada em vida, pode ser dada peri-morte, portanto do ponto de vista religioso, isso é muito fácil acontecer.» (E2)

Por outro lado, ainda dentro destes aspectos relacionados com os ajustamentos necessários à situação de doença, os capelães apresentam um discurso pacificador face ao doente:

«No fundo é isso que elas procuram, uma certa paz, uma certa serenidade, ficar bem. Um sentir-se melhor. Melhor neste sentido, quer dizer, temos que ter em conta esta dimensão espiritual para que a pessoa se sinta melhor. Sente-se mais em paz, sente-se alguém que recebeu um certo conforto que não é dessa terapia habitual. Mas é um outro conforto dessa dimensão espiritual.» (E13).

Para quem trabalha no âmbito dos cuidados paliativos, a realidade da morte é presente. Aliás, conforme refere Strauss et al (1984) numa referência clara ao papel de um serviço de assistência espiritual e religiosa, os capelães com experiência de cuidados paliativos têm uma influência significativa, não só como contributo para o bem-estar psicológico, mas também como facilitadores para a manifestação ideológica do doente. Alguns orgulham-se nos seus sucessos uma vez que ajudam os doentes a ganhar maior equilíbrio emocional, sentimentos de satisfação ou a encerrar processos na sua vida (Strauss et al, 1984). A perspectiva que apresentam é uma perspectiva de atribuição de sentidos e de resolução de aspectos práticos, a perspectiva do “partir tranquilo, com todos os aspectos pendentes da sua vida resolvidos”. Neste sentido refere-nos a responsável pela unidade de cuidados paliativos:

«Tentamos corresponder ao que as pessoas necessitam e, é frequente nesta fase da vida, ter muito que ver com a espiritualidade, ter muito a ver com as necessidades das pessoas de encerrar processos, de encontrar sentidos, de passarem a mensagem, de

passarem testemunhos, de apaziguarem-se a elas próprias, de encontrar tranquilidade.» (E12).

Embora seja nos cuidados paliativos que encontramos com maior facilidade o contributo de um trabalho sentimental (Strauss et al., 1984), também é relevante referir o sentimento positivo dos capelães quando, a partir da sua orientação ideológica trabalham positivamente alguns tipos de trajectórias individuais (Strauss et al., 1984), conforme nos revela o capelão do hospital universitário:

«Recordo-me há uns tempos estava aí um doente que ia fazer uma operação, que ia fazer um bypass ao coração e estava aflito, estava preocupado, “como é que vai ser isto, vão-me por a dormir, como é que isto vai ser”. E o meu apoio espiritual foi, no fundo, conversarmos sobre isso. Ele, posteriormente, agradeceu-me de termos tido esta conversa porque lhe deu paz, e o ajudou a enfrentar e, diz ele, que ganhou muito mais calma, muito mais serenidade depois para a operação. É no fundo, muitas vezes face à ansiedade, face ao medo, às angústias, etc., às vezes um papel importante e que eu penso que devia ser mais visto do lado dos profissionais de saúde.» (E1).

Mas sejam as ideologias, seja o senso comum a direccionar este trabalho identitário (Strauss et al., 1984), o seu falhanço pode bloquear ou tornar ineficiente todo o trabalho das equipas de saúde, provocando quer a inefectividade das intervenções médicas, quer a deterioração física do doente (Strauss et al., 1984). Daí a importância do debate acerca da forma como os hospitais prestam ao doente o serviço de assistência espiritual.

2.- Diplomacia com o desconhecido: os prestadores de cuidados, expectativas e desencantos.

Referíamos anteriormente que a preparação dos profissionais de saúde nas disciplinas mais humanistas comporta uma grande distanciação entre a teoria e a prática, ou seja, apesar de se considerar a totalidade do indivíduo, apesar de se considerarem dimensões importantes sob o ponto de vista teórico, como os aspectos sociais, culturais ou mesmo espirituais, a realidade do quotidiano é diferente e verifica-se, sobretudo, uma fragmentação dos cuidados prestados. Para não se considerar nas práticas quotidianas

uma atenção aos aspectos espirituais, Carson (1989) apresentava como causa possível o facto de os profissionais de saúde relegarem esta resposta para os “profissionais da religião”, uma vez que os profissionais de saúde teriam uma visão limitada do que é a espiritualidade. Como exemplo desta causa encontramos o seguinte testemunho no discurso da enfermeira:

«Se por exemplo há algum enfermeiro que esteja mais sensível às questões das crenças e da fé, chama, e se o doente referir ou soubermos qual é a religião da pessoa e a pessoa referir que tem alguma necessidade, o enfermeiro chama, se não, se for alguém que não está para aí virado não chama.» (E10).

Muito próximo deste aspecto apresenta-se a questão da real avaliação das necessidades espirituais, que por equívoco ou falta de formação poderão ser muitas vezes consideradas na área da psicologia (Oldnall, 1996), como é o caso deste testemunho da enfermeira:

«Numa situação de internamento prolongado, se for um jovem que começa a ficar mais triste, ou a afastar-se, a primeira pessoa em que pensamos logo é um psicólogo. É logo a primeira pessoa.» (E10).

Todavia, a questão da falta de formação adequada dos profissionais de saúde, reconhecida por estes nos seus discursos, no domínio da espiritualidade e o modo como isso pode influenciar a prestação do serviço, não pareceu incomodar os capelães que responderam ao questionário: lembramos que esta questão era indiferente para 39,6% dos respondentes e 13,9% chegaram mesmo a considerar que esse aspecto não tem qualquer influência na prestação do serviço de assistência espiritual e religiosa. No entanto, a formação adequada dos profissionais pode reduzir consideravelmente o medo de equívocos na avaliação das necessidades espirituais do indivíduo.

Por outro lado, Granstrom (1995) identifica o medo que os profissionais têm de não serem competentes para responderem aos pedidos que lhes possam surgir, ainda que se coloquem numa posição defensiva face ao problema, como é o caso deste médico responsável por uma unidade de cuidados intensivos:

«Nós médicos, todos nós temos, todos nós somos psicólogos. Agora, é evidente que quem está dentro do assunto, é evidente que tá mais avaliado para... Agora quem não está, não quer dizer que pode não estar ao mesmo nível, não ter o mesmo diploma. Contudo, isto é assim, pode ter uma sensibilidade de tal ordem, pode ter um conhecimento, não é um papel, mas pode dar resposta. Já fizemos muita vez. Exige saber observar.» (E8).

Outra causa apresentada prende-se com a falta de tempo ou rácios insuficientes de pessoal (Boutell e Bozett, 1987; Highfield, 1992; Piles, 1990; Sodestrom e Martinson, 1987). Deste aspecto dão-nos conta os testemunhos expressos em E1, E2, E4, E9 e E12. Colocamos o seguinte excerto, a título de exemplo:

«Aquilo que passa é que também a nível da saúde, eu creio que aquilo é complicado às vezes, porque, por exemplo, a nível de enfermagem não têm tempo. O tempo é pouco. Para a qualidade que de facto devia existir, devia existir mais gente. As pessoas têm dificuldade com o tempo, em dar resposta.» (E1).

Pullen, Tuck e Mix (1996) elencaram também como causa impeditiva de prestação de cuidados espirituais ao doente o receio que os profissionais de saúde têm de impor as suas próprias crenças ao doente. De facto, como nos referem Berger e Luckman (1997), a aplicação de uma resposta acarreta sempre consigo a reserva comum de sentido. Não foi tanto o medo de imposição das crenças o que encontrámos, antes o receio de não isenção ou de julgamento face às crenças dos doentes. Este receio é claro no testemunho da enfermeira:

«Acho que uma das áreas em que nós devíamos ter mais formação, ou reciclagem de formação, seria na área da multiculturalidade e de que forma isso condiciona as opções espirituais da pessoa, e as próprias crenças e atitudes, etc. Muitas vezes, nós somos levados a ajuizar um comportamento segundo o nosso padrão e valores, até podemos não ser católicos ou cristãos, mas a nossa sociedade rege-se por muitos valores, advém do nosso passado cristão, não é? E portanto, muitas vezes, sinto que temos a tendência a julgar, é esse o termo, a julgar a pessoas de acordo com esse nosso padrão. Por isso acho que essa seria uma área a trabalhar.» (E10).

Nenhum entrevistado se posicionou com incerteza no que respeita às suas próprias crenças e valores religiosos e espirituais, apesar de Harrington (1995) elencar este aspecto também como causa para não se levar em conta a dimensão espiritual nos cuidados de saúde quotidianos. Este autor elenca ainda o medo de intromissão na privacidade do doente, mas as unidades de discurso que encontramos mostram-nos dois aspectos: há um reconhecimento de que a espiritualidade é uma questão pessoal e íntima, mas, por outro lado, o reconhecimento de que, no âmbito da saúde, o tratamento tenderá a recolocar as questões da intimidade da pessoa doente. Em concreto, como dizíamos anteriormente, pode estabelecer-se no indivíduo doente o sentido de perda da tutela do seu próprio corpo, ou o sentido de entrega da tutela do seu corpo ao profissional de saúde que dele se encarrega. É evidente que os profissionais de saúde reconhecem esse poder ainda que expressem o peso dessa responsabilidade. A médica do serviço de urgência é muito clara neste sentido:

«Eu acho que as pessoas, de uma forma geral, eu noto isso em mim, essa espiritualidade está num domínio um bocadinho pessoal, íntimo. E embora nós sejamos quase por definição criaturas que devassamos a intimidade das pessoas, trabalhamos na intimidade mesmo muito profunda, eu às vezes acho que trabalhar nessa área nos carrega com coisas que, às vezes, eu preferia não carregar.» (E2)

De um modo geral, é muito evidente nos diferentes discursos o sentimento que denominámos no título deste ponto, a diplomacia com o desconhecido, que se estabelece entre os profissionais de saúde e a dimensão espiritual dos indivíduos. Em consequência, torna-se evidente a inadequabilidade no estabelecimento de uma visão funcional do trabalho que o serviço de assistência espiritual e religiosa poderá prestar. O mesmo será dizer que se reconhece a importância da espiritualidade nos cuidados de saúde, todos os elementos discursivos nos provam a existência dessa preocupação sob o ponto de vista teórico. Todavia, se num caso ou outro, se concluir que a solução passa por ajudar a resolver algum aspecto da espiritualidade do indivíduo, por estar a influenciar de forma negativa a recuperação ou melhoria do seu estado de bem-estar, é muito difícil encontrar evidência prática da inclusão de uma intervenção no plano de saúde do doente. Conforme veremos no ponto seguinte, essa é uma realidade que se estabelece e formaliza apenas nos cuidados paliativos. Daí dizermos que estamos

perante a existência de uma construção diplomática com o desconhecido que é o saber-fazer deste âmbito dos cuidados de saúde.

Foi também interessante detectar aquilo que interpretamos como uma situação ambivalente do papel dos capelães no contexto hospitalar: por um lado sentem-se parte da dinâmica hospitalar, mas, por outro lado, entendem que não é dada importância ao papel que aí desempenham. Nos questionários, 37,3% concordaram que a assistência espiritual e religiosa é uma das actividades do hospital à qual é dada menos importância, ao passo que 36,8% discordaram e 25,4% posicionam-se de um modo indiferente a esta questão. Esta distribuição demonstra e sustenta essa ambivalência encontrada nos discursos dos capelães obtidos por entrevista. Dependendo da maneira como se estabelecem as dinâmicas do funcionamento do serviço de assistência espiritual e religiosa, o capelão sente-se ou não parte do hospital. Até se considerar parte do contexto hospitalar revela-se um forasteiro nas dinâmicas dos serviços, conforme podemos ler no depoimento do capelão do hospital distrital:

«Agora, na classe médica encontramos de tudo, como é óbvio. “Então tá aqui a morrer alguém?” Quando eu chego... mas vejo que de um olhar de desconfiança que foi inicialmente, quando eu aparecia nos serviços, as pessoas já vão aceitando a presença e já não se preocupam, como se fosse um objecto estranho, agora já aceitam, as coisas já vão.» (E9).

Assim, a figura do responsável do serviço de assistência espiritual e religiosa, a sua maneira de estar, empatia, formação, a maneira como ele se relaciona com os outros profissionais de saúde ou com os doentes parece ser, pois, fundamental para que exista uma imagem positiva do próprio serviço, a par do sentimento de que, se houvesse mais profissionais nas equipas, a imagem positiva seria ainda mais sustentada. É novamente a questão dos rácios de pessoal que referíamos há pouco (Boutell e Bozett, 1987; Highfield, 1992; Piles, 1990; Sodestrom e Martinson, 1987). Um bom exemplo é o depoimento seguinte:

«Eu estou aqui desde 2004 e não é fácil. Um dos requisitos para me aceitarem foi a formação, mas não é a de teologia, tem de ser outra formação como counselling ou outra. Depois que esteja presente nas reuniões. Foi muito difícil aceitarem-me. Mas

onde estou todas as semanas já é diferente e todos fazemos o plano individual de intervenção, mas há outras unidades em que eu não consigo estar porque é impossível em termos de tempo. Somos duas, mas a minha colega não tem acesso ao processo porque não é técnica. Eu dialogo ao mesmo nível que os meus colegas.» (E4).

A nivelção dos discursos é também muito presente na unidade que acabamos de apresentar: a comunicação entre iguais facilita a integração e reduz a realização de estratégias diplomáticas com o desconhecido, quer por parte dos profissionais, que conseguem identificar os contributos do serviço de assistência espiritual e religiosa, quer por parte dos responsáveis do serviço, que sentem por fim que o seu trabalho é valorizado pelos seus pares:

«Posso-lhe dizer que o padre é muito dinâmico, muito activo, muito interventivo, que as pessoas gostam, que apreciam, que faz outras coisas para além da rotina.» (E5).

«Bem é, sabe que isto é assim: as pessoas ou são procuradas ou vão ao encontro, se são procuradas, têm que dar resposta; se vão ao encontro, às vezes não são bem recebidas, mas eu acho que é sempre positivo. Obviamente a pessoa, apesar de ser um assistente religioso, não tem que estar sempre a impingir a religião, não é? Mas tem valores para transmitir, valores positivos, valores que às vezes podem ser mais bem entendidos ou não, o valor do sofrimento, o valor da doença, enfim, da caminhada pessoal. Isto anda em paralelo com a parte técnica, digamos assim, um complemento.» (E7).

Este depoimento evidencia também a existência de uma expectativa dos profissionais de saúde face ao serviço de assistência espiritual e religiosa: os profissionais de saúde esperam que este serviço seja um complemento às actividades médicas e de enfermagem que são exercidas no hospital. Neste sentido, caberá então aos responsáveis pelos serviços de assistência espiritual e religiosa não defraudar, mas antes superar essas expectativas:

«Só com exemplos concretos é que os profissionais de saúde vão percebendo que a presença do serviço de assistência espiritual e religiosa é importante também na saúde total do doente.» (E9).

Apesar dos depoimentos esperançosos de parte a parte, em ambos os casos, profissionais de saúde por um lado e os capelães por outro, experimentam algum desencantamento na relação e nos equívocos que este tipo de assistência comporta. É exemplo o depoimento do capelão do centro de saúde e da médica responsável pelo serviço de urgência:

«Só que às vezes ainda se confunde este trabalho, no caso concreto da assistência religiosa, às vezes confunde-se a missão do capelão, ou daqueles voluntários que com ele colaboram, como estando ali na capela ou na capelania.» (E13)

«Agora, actualmente entrosamos menos com a capelania que temos, raramente os vemos, estão de chamada e já tem havido situações mais difíceis de ultrapassar com alguma indisponibilidade.» (E2).

É importante também referir que se constatou nas diferentes entrevistas que o serviço de assistência espiritual e religiosa torna-se mais visível se estiver presente numa perspectiva de humanização dos serviços de saúde, ou mesmo na perspectiva do trabalho desenvolvido pelas comissões de ética do hospital. Quando se coloca sob essa perspectiva os profissionais de saúde atribuem-lhe, aparentemente com maior facilidade, uma certa utilidade.

CONCLUSÃO

O sentido de uma sociologia da espiritualidade

“*Nossa alma está infinitamente distante de nós.*” revelava Fernando Pessoa⁸² ao expressar a travessia desesperada do isolamento que mostrava sentir (Cavalcanti Filho, 2011). Poderão ser as inquietudes do poeta partilhadas pelo homem comum? O valor que o questionamento (do poeta e do homem) confere ao sentido da vida (Judt, 2010) não se localiza numa única fórmula, numa única proposta.

A história dos indivíduos e das sociedades evidencia, então, a capacidade que o homem tem de transformar continuamente a sua forma de ver o mundo. Evidencia também a transformação que ocorre nas formas como se os indivíduos se ligam uns aos outros modificando os sistemas de sentido e valores que possuem em comum. Tradicionalmente a religião aparece como um modo comum de atribuição de sentido, como se do lugar do coração se tratasse (“heartland” de Beyer, 2007). No entanto, a religião mantém a sua função de fazer agir, de ajudar a superar a cada dia o desafio da vida, e não fazer pensar ou tornar o nosso conhecimento mais rico (Durkheim, 2002).

As ciências sociais têm-se debruçado amiúde sobre o declínio do impacto da religião: a questão complexa da secularização, por exemplo, não desemboca no total desaparecimento do pensamento religioso ou mesmo das actividades religiosas, mas a maioria das actividades da vida social moderna não contempla grande compatibilidade com a religião. As igrejas, que outrora conferiam sentido e propósito para a vida, um sentido que era herdado e preservado, têm hoje cada vez menos influência na formação do indivíduo e na forma como compõem os seus sistemas próprios de sentido (de lembrar, conforme referimos no ponto 1 do I Capítulo no âmbito do secularismo, as devidas excepções a esta característica das sociedades modernas (Gellner, 1992), por exemplo, o caso do Islamismo).

O sentido é então atribuído por aspectos internos e subjectivos (Heelas e Woodhead, 2005) em vez de serem práticas externas, tradicionais e comunidades com sistemas de crença comuns. O indivíduo torna-se narrador das suas próprias histórias, escolhe,

⁸² Tradução do último dos 35 *Sonnets* de Fernando Pessoa, in Cavalcanti Filho, 2011: 470.

decide e acata as consequências das suas decisões, é ele próprio o centro da sua vida (Beck, 1992). Os grandes grupos sociais deixam de definir o pensamento, subsiste a individualização dos estilos e formas de vida (Beck, 1992).

A variedade de escolhas que se apresentam ao homem moderno acarreta também a transposição para outras formas de espiritualidade. Esta diversidade, que a espiritualidade também assume, transporta em si a mudança de sentido para uma pluralidade de opções. Olhar para a espiritualidade e não ultrapassar o conceito tradicional da religião institucional, deixa de fora um conjunto de aspectos que (re)compõem o indivíduo e que, por si só não cabem em nenhum aspecto religioso.

Para além da consciência de vivermos num mundo que não criámos, também temos presente a consciência de que somos incapazes de explicar a nossa singularidade, diferenças de sentimentos, de experiências. Somos, no fundo, incapazes de explicar como é fazendo o que mais ninguém faz formamos sociedades cuja história não depende nem de cada um, por si só, nem unicamente do conjunto de todos os seres humanos. Não sabemos explicar as direcções e rumo das sociedades ao longo dos tempos, mas sem a sociedade nenhum de nós saberia, ao nascer, a comportar-se como um ser humano (Elias, 1993). Assim, as reconstruções que derivam do processo reflexivo do indivíduo acontecem inevitavelmente no seio do seu contexto social.

Os “sólidos” (Bauman, 1998) que outrora pulularam no imaginário social dão agora lugar à racionalidade que confere a lógica possível às acções do quotidiano e cuja matéria é, por vezes, insuficiente para explicar o sentido da vida, ou mesmo para se conformarem com os planos tradicionais das relações (Beck, 1992). É parte daqui o indivíduo que quer encontrar refúgio da racionalidade que rodeia a existência, retornando ao sagrado, delimitando ele próprio o seu campo (Garcia, 2007), mesmo que co-exista com outras realidades e ideologias. Assim, a raiz católica que conferia unidade, mesmo que aparente, à sociedade portuguesa, é afinal um conjunto plural de vivência do sagrado (Pais, 2001).

Por outro lado, conforme reflectimos na primeira parte desta investigação, a vulnerabilidade que nos confere a finitude da existência provoca o anseio pela imortalidade (Savater, 2007). É no seio desta ansiedade que surge a necessidade de

mediação com o transcendente. As igrejas assumem, numa boa parte dos casos, este papel de mediação (Bauman, 1998), mas perderam, entre outros, o lugar que detinham no contexto mais abrangente do morrer (Silva, 2012). Todavia, a preocupação pela eternidade não é espontânea e natural: conforme referia Bauman (1998), para que esta preocupação aconteça é necessário que o indivíduo perdue no esforço de equilibrar o azimute entre as suas acções e os resultados das mesmas no âmbito da única possibilidade que tem de existir, em suma, no âmbito da sua própria vida.

A experiência da doença é um condicionamento ao normal desenrolar das actividades do quotidiano. É, fundamentalmente, uma experiência de sentido. A reflexão sobre esta experiência abriu dois cenários nesta pesquisa.

O primeiro cenário colocou como protagonista o corpo, a experiência da doença, da dor, da capacidade de reacção ao ambiente que o rodeia, da transformação espiritual do indivíduo ou da procura no âmbito religioso da solução para a sua nova condição. O crente é um indivíduo que sente que tem mais capacidade para enfrentar e vencer as dificuldades que se lhe apresentam (Durkheim, 2002). Esta aplicação prática da religião subsiste na medida em que os indivíduos, quando experimentam uma situação de doença, acarretam com eles o sentimento de esperança e procuram, de forma paralela, tanto a sua cura como a sua salvação. É aqui, entre estes dois caminhos, que a espiritualidade se apresenta como um recurso para o indivíduo alinhar a sua existência com uma ordem que lhe é superior e passa a considerar as intencionalidades do universo como um todo. Como referia Serrão (2006), citado na introdução desta investigação, o indivíduo rende-se à actividade do espírito, actividade que lhe é *alma mater*. Rende-se a uma contemplação ontológica ainda que ela não nos seja revelada por estas exactas palavras.

O segundo cenário evidenciou possibilidade de estarmos a viver uma deslocação de poderes no contexto hospitalar. De Strauss et al (1985) salientamos dois tipos de trabalho, o trabalho de conforto e o trabalho sentimental que priorizam a vontade e a história do doente, face às actividades de médicos e enfermeiros. Esta prioridade ao saber-profano do doente desloca-o da posição passiva em que se encontrava para uma utilização do próprio corpo como meio de decisão, deixando para trás, em certa medida, o “corpo como máquina” e o “corpo como organismo” (Carapinheiro, 2005). A

deslocação de poder, assim colocada, parece ser evidente no âmbito dos cuidados paliativos que, efectivamente, se destinam ao doente e não à doença (Barbosa, 2003) e reconhece a dimensão espiritual em todos os indivíduos, independentemente da forma como ela se revela. Os cuidados paliativos, ao ouvirem a história do doente, ao estarem atentos a todas as suas necessidades, não só as necessidades do doente, mas também as necessidades da sua família, lugarizam não só o morrer (Silva, 2012), mas fundamentalmente lugarizam a existência: ao integrar a morte resolvem a crise de sentido causada pela sua não integração (Silva, 2012).

Na pretensão de se constituir como contributo para o encontro do sentido de uma sociologia da espiritualidade em Portugal, esta investigação não foi mais longe do que considerar os seres humanos na sua singularidade, partindo como base da observação das suas manifestações ou das suas produções e que no fundo fundamentam as próprias configurações sociais que aí têm lugar (Elias, 1993). Conscientes, como Fernando Pessoa, de que a nossa alma possa estar distante de nós, não estão tão distantes os diferentes contributos que, partindo da sociologia da religião, nos propõem a espiritualidade como um fenómeno que parte do indivíduo, da sua existência, da sua procura de sentido e, conseqüentemente, das suas manifestações. Todos estes aspectos motivam a procura do significado sociológico da espiritualidade, ainda que seja um conceito volátil e de difícil operacionalização.

O sentido prático deste longo caminho

Terá sido a perspectiva sociológica capaz de observar, captar e interpretar a espiritualidade no âmbito hospitalar? Nos primórdios da decisão em avançar com este tema esteve presente a pergunta “porquê observar a espiritualidade na saúde através da sociologia?”. No final, apesar do lugar-comum, fica a questão: e porque não? O momento de grande debilidade epistemológica e metodológica que as ciências sociais atravessam (Follari, 2007) provocam um olhar diferente sobre o homem e o que dele se pretende conhecer, ou seja, estamos perante grandes mudanças protagonizadas pelos indivíduos, na sua relação com os outros e com o que os rodeia, ou seja, grandes mudanças sociais.

Também, se o fenómeno religioso não é verificável como uma ciência, apesar de na prática ele ser consistente com as necessidades quotidianas de parte da sociedade

(Fuller, 2008), mais dificilmente conseguiremos verificar a espiritualidade. Neste sentido, da mesma forma que a sociologia observa a religião como uma projecção humana, o mesmo será dizer que observa o seu projecto e, por conseguinte, todos os dados que ele nos fornece para reflexão, também poderão ser usados para observar a espiritualidade. Significa isto, de acordo com Berger (1969) e com Fuller (2008), que o fenómeno, para além de estar contido nas actividades mundanas, poderá conter nelas a manifestação de uma realidade mais ampla. Ora nesta amplitude caberá por certo uma análise sociológica sobre a espiritualidade dos indivíduos.

O olhar sociológico que esta investigação protagoniza não se fez ancorar numa ou noutra perspectiva, num ou noutro campo do saber. Pretendeu, conforme se referia no início, caminhar por vários campos teóricos, levando o leitor a imaginar o indivíduo e a sua relação com o transcendente como algo que toca muitos aspectos, não só das relações humanas, sociais, culturais, mas também do adoecimento ou do morrer. Esta amálgama de saberes, muitas vezes provocatória de outras reflexões, sustentou o modo de olhar do objecto, também ele volátil, também ele original no vasto campo do saber sociológico.

Assim, a partir da análise do indivíduo, da forma como se encontra na sociedade que o rodeia, da sua relação com o transcendente, dos sentidos que orientam a sua vida, da maneira como se relaciona com a doença e com o estar doente, confirmamos que a dimensão espiritual assume junto dos profissionais de saúde portugueses um papel cada vez mais importante. Esta importância acontece principalmente no campo teórico, ao nível do reconhecimento da espiritualidade, mais do que no campo prático, ao nível da acção e adopção de práticas que revelam esse reconhecimento. No campo teórico, ao mesmo tempo em que se reconhecem a sua importância e as suas virtudes funcionais de adaptação à doença, de resiliência face à situação e muitas vezes até de transformação do próprio indivíduo, são evidentes quer uma grande dificuldade em definir o objecto, muitas vezes expresso com traços e características comparativas ao fenómeno religioso, quer numa certa informalidade na avaliação desta dimensão, a par do facto dos profissionais de saúde não terem, de modo geral, muita formação neste domínio. No campo prático, ainda é muito presente a fragmentação dos cuidados de saúde.

Neste sentido, confirmam-se algumas das causas impeditivas da prestação de cuidados espirituais aos doentes nos hospitais, elencadas por vários autores: confirma-se que, para alguns profissionais de saúde, o cuidado da dimensão espiritual deve ser uma preocupação dos profissionais que trabalham especificamente neste domínio (Oldnall, 1996); confirma-se a existência de um sentimento latente de falta de competência para a prestação destes cuidados (Granstrom, 1995); confirma-se o sentimento de medo de intromissão da privacidade do doente (Harrington, 1995); confirma-se, por fim, que a falta de tempo e pessoal insuficiente (Piles, 1990) ou o medo de impor as suas próprias crenças ao doente (Pullen, Tuck e Mix, 1996) são causas impeditivas da prática de cuidados de saúde que integrem a dimensão espiritual do doente. Em resultado, os profissionais de saúde parecem esperar que este serviço seja um complemento ao seu próprio trabalho.

A excepção à situação descrita encontra-se precisamente nos cuidados paliativos. Confirmamos então que é neste tipo de cuidados que se verifica uma preocupação com a dimensão espiritual a par das outras dimensões do indivíduo e cuidados de saúde. Os cuidados paliativos constituem, de facto, um modelo de trabalho que considera todos os aspectos do indivíduo, inclusive a sua própria identidade (Strauss et al, 1985).

Como se desenvolve, então, o acompanhamento espiritual no contexto global da saúde? Tanto quando nos foi dado a entender, os serviços de assistência espiritual dispõem de uma boa localização espacial nos hospitais, embora não disponham de instalações próprias suficientes para o desenvolvimento do seu serviço. Por outro lado, a partir da experiência que alguns capelães têm do contexto paroquial, o hospital tende a ser visto a partir desta experiência, embora não tenha as mesmas exigências administrativas que uma paróquia pode ter. Este aspecto é secundado pelo facto de muitos capelães acumularem estas duas funções (lembramos que apenas 15,3% dos capelães que responderam aos questionários trabalham no hospital a tempo inteiro). A maioria dos capelães trabalhará sozinho, embora nalguns hospitais, pela sua dimensão ou população que serve, existam mais capelães ou assistentes espirituais ao serviço. Vários referem contar com grupos de voluntários que se dedicam quer a tarefas de apoio logístico (digamos assim), quer na visita aos doentes.

Podemos considerar, então, que o serviço de assistência espiritual e religiosa pode ser caracterizado pela sua capacidade em produzir um efeito real na saúde do doente ou atingir um determinado objectivo com o doente (seja o seu posicionamento comparecente, cooperante ou instrumental) e pela relação que estabelece com todos os outros actores do contexto hospitalar (seja o seu envolvimento elementar ou complementar). A combinação destas características origina uma tipologia da assistência espiritual e religiosa, conforme especificámos e verificamos no capítulo VI desta investigação. São eles o tipo favorecedor, o vincular, o diligente, o solícito, o retemperador e o integrador.

Na realidade, tendo em consideração a tipologia criada a partir das respostas dos capelães e verificada posteriormente nas unidades de discurso, a acção de assistência espiritual não pode confinar-se a um tipo de comportamento, regular e único: cada situação provocará uma reacção diferente, por parte do prestador de cuidados. Nas práticas e dinâmicas do diagnóstico espiritual e religioso do indivíduo, há aspectos que se podem medir: duas das entrevistadas chegam até a referir a utilização da escala *Facit-sp-ex* como instrumento de diagnóstico de necessidades espirituais. A oferta neste campo é diversificada, conforme já referimos, mas há casos em que a medição através de uma escala não é possível nem apropriada. Para estes últimos há a possibilidade de se recorrer a metodologias de natureza qualitativa. Alguns entrevistados têm, conforme constatámos, a consciência da sua existência. Outros optam por fazer uso da sua própria experiência do quotidiano ou do que instintivamente lhes parece mais adequado fazer em cada situação. Assim, cada serviço deverá adoptar as características que melhor se adaptem quer à situação de cada doente, quer às dinâmicas de articulação com os serviços, à formação dos capelães ou assistentes espirituais, à sua capacidade organizativa, pessoal e condições de trabalho disponíveis. Neste sentido, cada serviço poderá circular entre os diferentes tipos analíticos identificados, ainda que maioritariamente se identifique mais dentro de um deles. No entanto, em nosso entender, os tipos retemperador e integrador, oferecem sistemas mais elaborados de resposta, onde se reconhece o intercâmbio e a comunicação com os outros profissionais, cujo contributo se converte na aplicação de métodos e de instrumentos orientados para o diagnóstico e acompanhamento espiritual. Mas, fundamentalmente, é importante que se estabeleça uma rotina de participação na vida das unidades e serviços hospitalares.

No que diz respeito às solicitações de outras confissões religiosas, confirma-se a concretização de uma resposta aos pedidos feitos por familiares ou doentes, com contacto e articulação com o representante da comunidade religiosa a que o doente pertence. Por um lado, as capelanias fornecem os contactos dos representantes das outras confissões religiosas às unidades e serviços do hospital, incluindo informação adicional sobre aspectos ligados a especificidades alimentares ou rituais, por outro lado, os familiares têm o contacto da sua comunidade religiosa e são eles a proceder à concretização da resposta. Os profissionais de saúde, em geral não demonstram oposição à realização da assistência, embora resistam em alguns aspectos que no seu entender prejudicam o melhor desenvolvimento da administração dos cuidados. Em qualquer caso, há a preocupação de não falhar à resposta legal. Nas unidades de discurso dos capelães verificamos a aceitação do facto de o serviço de assistência espiritual e religiosa, que presentemente é católico, ter de atender outras confissões religiosas. Consideramos que ainda há algum caminho a percorrer no diálogo inter-religioso, apesar de dois capelães entrevistados terem relatado experiências interessantes neste sentido do diálogo com outras confissões religiosas.

Nesta investigação ressaltou o sentimento de ambiguidade expresso pelos capelães, relativamente ao hospital e aos profissionais de saúde: por um lado sentem-se parte do hospital, mas, por outro lado, sentem que os outros profissionais não lhes dão importância. Neste sentido, confirma-se que o contributo dos serviços de assistência espiritual e religiosa acontece a três níveis: em primeiro lugar, a resposta religiosa e sacramental, talvez o contributo mais visível, mas muitas vezes considerado como desapropriado por alguns profissionais (em concreto quando estes associam a administração de sacramentos à aproximação da morte, evidenciando uma conotação negativa); em segundo lugar, o papel de mediador entre profissionais ou entre serviços, ou mesmo de poderem garantir que os profissionais de saúde estão mais atentos ao conjunto das diferentes dimensões do doente, um contributo difícil de observar, com pouca expressão nas unidades de discurso recolhidas, mas referidos nos questionários; em terceiro e último lugar, o papel de humanização que o serviço de assistência espiritual e religiosa tende a preconizar, talvez o mais aceite entre os profissionais de saúde. Há uma escassa participação em reuniões multidisciplinares das diferentes equipas e a ligação mais evidente dentro deste contexto verifica-se no âmbito dos cuidados paliativos ou em equipas ligadas ao serviço de oncologia. Por conseguinte, o

contributo é bastante reduzido, considerando as potencialidades que este serviço contém ao nível das respostas às necessidades espirituais e que os doentes possam solicitar. Apesar deste aspecto, pelo menos para já, os serviços de assistência espiritual e religiosa em geral desenvolvem práticas consistentes com o tipo de solicitações que têm, ou seja, respondem a necessidades de natureza religiosa de cada indivíduo.

Quanto ao aparecimento de uma legislação específica para os serviços de assistência espiritual e religiosa, em Setembro de 2009, concluímos que esta legislação não retirou o protagonismo à Igreja Católica. Em vez disso, possibilitou um reposicionamento desta face ao Estado Português, em matérias ligadas à presença de capelães católicos nos hospitais, e face às restantes confissões religiosas. Estas, por sua vez vieram beneficiar também do novo desenho da assistência espiritual e religiosa. Apesar da mudança legal incluir alguns aspectos que pressupunham uma ligação maior com as unidades e serviços hospitalares, e mesmo um nível diferente de organização interna do serviço, quer os capelães que responderam aos questionários, quer através das pistas obtidas nas unidades de discurso dos capelães, a legislação acabou por não trazer nada de novo, nem mesmo consequências directas para os serviços de assistência espiritual e religiosa. De certa forma, não validamos o pressuposto de este factor ter sido preponderante para este serviço; validamos sim, a sua influência no que diz respeito ao cumprimento dos requisitos legais por parte das unidades e serviços: os entrevistados com responsabilidade de coordenação das unidades referem que, para além de saberem que existe uma lei específica, zelam para que os seus critérios sejam cumpridos. É importante, no entanto, que o sentido da responsabilidade não seja mais do que uma qualidade imposta pela disciplina institucional. A experiência de doença pode proporcionar aos indivíduos a ausência ou a presença do sagrado e a fronteira entre o transcendente e o imanente torna-se difusa. Muitas vezes até os termos utilizados anteriormente pela religião ganham novos significados. Neste sentido, poderá ser mais interessante olhar para estes serviços mais para além do que o cumprimento de um mero requisito legal.

Este aspecto coloca-nos então perante possíveis futuras pistas de trabalho. Uma prende-se com a avaliação da importância do serviço de assistência espiritual e religiosa na perspectiva das administrações dos serviços, nomeadamente perceber o tipo de apoio que é dado a estes serviços, como é que equacionam a prestação deste serviço quando os

capelães que são funcionários dos hospitais se reformarem (lembramos que a lei admite a suspensão do lugar de trabalho à medida que os capelães forem atingindo a idade da reforma). No mesmo sentido da referida avaliação, poderia ser também interessante perceber que importância é que este serviço tem no âmbito das diferentes confissões religiosas presentes em Portugal. Por fim, seria interessante saber também quais são as reais motivações dos capelães que cumprem esta função no contexto hospitalar. Esta última pista de investigação extravasa, porém, a abrangência sociológica, mas, uma vez que nos deslocámos por outros ramos do saber, torna-se interessante elencar esta possibilidade.

Em suma, o conceito de espiritualidade pode tornar evidentes formas abrangentes de distribuição social de poder. Pode ainda ser visto como um recurso cultural (Beckford, 1989) ou um recurso que deve ser adquirido e trocado, assumindo o carácter de capital espiritual (Lyon, 2000). No entanto, apesar da sua ambiguidade e volatilidade, a sua equação estrutural permitiu focar a sua natureza a partir do fenómeno religioso, até enquanto recurso cultural da actualidade, facilitando assim uma análise sociológica mais precisa sobre a espiritualidade e identidade espiritual e a forma como lhe respondemos no âmbito da saúde em Portugal.

BIBLIOGRAFIA

ALDRIGDE, David. (2000). **Spirituality, Healing and Medicine. Return to the silence.** London, Jessica Kingsley Publishers.

ALMEIDA, Manuel Jorge Freitas de. (2004). **A intimidade da “pessoa doente” em contexto hospitalar: valores e fundamentos éticos.** Repositório da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

ANGELINI, Franco. (2005). **Lições sobre a essência da religião.** in La società degli Individui. N°23 Milão, pp 61-63

AMMERMAN, Nancy Tatom; ROOF, Wade Clark. (1995). **Work, Family and Religion in contemporary society.** London, Routledge.

ARCHER, Margaret S. (1988). **Social theory and the analysis of society.** In: MAY, Tim; WILLIAMS, Malcom (orgs.) *Knowing The Social World.* Philadelphia, Open University Press.

ARENDT, Hannah (1958). **The Human Condition.** Chicago, The University of Chicago Press.

ASSAGIOLI, Roberto. [1997(1973)]. **Psychosynthese, Principes Et Techniques.** Bilbao, Desclée De Brouwer.

ATKINSON, Paul. (1995). **Medical talk and medical work.** London, Sage Publications.

AUGSBERGER, D.W. (1986). **Pastoral Counselling Across Cultures.** Philadelphia, Westminster Press.

BAECHLER, Jean. (1992). **Religião.** in Boudon, Raymond.(org.) (1995) *Tratado de Sociologia.* Porto, Edições Asa.

BARBOSA, António. (2003). **Pensar a morte nos cuidados de saúde.** In: *Análise Social*, nº 166, Lisboa, ICS.

BARBOSA, António (2010). **Espiritualidade.** In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça. *Manual de Cuidados Paliativos*, 2ª Edição. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Pág. 595 – 660.

BARDIN, Laurence. (1991). **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Edições 70.

BARNUM, B. (1998) **Spirituality in Nursing From Traditional to New Age.** New York, Springer.

BAUMAN, Zygmunt. (1998). **Postmodern religion?** In: HEELAS, Paul; MARTIN, David; MORRIS, Paul. (1998). *Religion, Modernity and Postmodernity*. Oxford, Blackwell Publishers, Pág. 147-168.

BAUMAN, Zygmunt. (2000). **Liquid modernity**. Cambridge, Polity Press.

BAUMAN, Zygmunt. (2001). **The individualized society**. Cambridge, Polity Press.

BECK, Ulrich. (1992). **Risk Society. Towards a New Modernity**. London, Sage Publications.

BECKFORD, J.A. (1989). **Religion and Advanced Industrial Society**. London, Unwin Hyman.

BELL, Daniel. (1977). **The Return of the Sacred? The argument on the future of religion**. In: *British Journal of Sociology*, nº 28 (4), Pág. 419-49.

BELLAH, Robert. (1970). **Beyond belief**. Nova York, Harper & Row.

BELLAH, Robert. (1975). **The Broken Covenant. American Civil Religion in Time of Trial**. New York, The Seabury Press.

BERGER, Peter L. (1969). **The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion**. New York, Anchor.

BERGER, Peter L; BERGER, Brigitte; KELLNER, Hansfried. (1974). **The Homeless Mind. Modernization and Consciousness**. Harmondsworth, Penguin.

BERGER, Peter L. [1990 (1969)]. **A Rumor of Angels. Modern Society and the Rediscovery of the Supernatural**. Nova York, Doubleday.

BERGER, Peter L; LUCKMAN, Thomas (1997). **Modernidad, pluralism y crisis de sentido**. Barcelona, Paidós.

BERGER, Peter L. (2004). **Questions of faith. A skeptical affirmation of Christianity**. Oxford, Blackwell Publishing.

BEYER, Peter. (2007). **Can the tail wag the dog? Dispore reconstructions of religion in a globalized society**. In *Nordic Journal of Religion and Society*, nº 20, pp. 41 – 43.

BIRNBAUM, Norman. (1993). **Searching for the light. Essays on Thought and Culture**. New York, Oxford University Press.

BLACK, Les. (2007). **The art of Listening**. London, Berg Publishers.

BOND, J.; BOND,S. (1986). **Sociology and health care**. Edinburgh, Churchill Livingstone.

BOURDIEU, Pierre. (1982). **Ce que Parler Veut Dire: L'économie des échanges linguistiques**. Paris, Fayard.

BOURDIEU, Pierre. (1998). **Contre-feux: Propos pour servir à la résistance contre l'invasion néo-libérale**. Paris, Liber.

BOURDIEU, Pierre. (2004). **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa, Edições 70.

BOUTELL, K.A.; BOZETT, F.W. (1987) **Nurses' Assessment of Patients' Spirituality: Continuing Education Implications**. In: *Journal of Continuing Education in Nursing* nº 21, Pág. 172–176.

BOUYER, Louis. (1980). **Introduzione alla vita spirituale**. Roma, Borla.

BRADSHAW, Ann (1995). **Spirituality and nursing practice**. In: *Journal of Medical Ethics*, Published by group.bmj.com

BRYMAN, Alan (1998). **Quantitative and qualitative research strategies**. In May, Tim; Williams, Malcom (orgs.) *Knowing The Social World*. Philadelphia, Open University Press.

BURY, Michael. (1997). **Health and illness in a changing society**. London, Routledge.

BUYTENDIJK, F.J.J. (1958). **A dor**. Madrid, Revista Occidente.

CAMPBELL, Colin. (1997). “**A Orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma teodicéia para um novo milénio**”. *Religião e Sociedade*, vol. 18, n.1, pp. 5-22.

CAMPENHOUT, Luc van. (2003). **Introdução à análise dos fenómenos sociais**. Lisboa, Gradiva.

CANT, Sarah; SHARMA, Ursula (1999) **A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state**. Londres, Roulledge.

CANTISTA, Maria José. (1997). **Corpo e identidade**. In: *Revista da Faculdade de Letras*, Série de Filosofia, nº 14. Universidade do Porto.

CARAPINHEIRO, Graça. (1986). **A saúde no contexto da sociologia**. In: *Sociologia problemas e práticas*, nº 1. Lisboa, CIES.

CARAPINHEIRO, Graça. (1993). **Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos Serviços Hospitalares**. Porto, Edições Afrontamento.

CARAPINHEIRO, Graça. (2005). **Do bio-poder ao poder médico**. In: *Estudos do Século XX*, nº 5, pp. 383 - 398.

CARMO, H.; FERREIRA, Manuela M. (1998). **Metodologia da Investigação**. Lisboa, Universidade Aberta.

CARRETTE, Jeremy R (2000). **Foucault and Religion: Spiritual Corporality and Political Spirituality**, London, Taylor & Francis Routledge.

CARVALHO, Alberto Dias de (Org.)(1998). **Diversidade e Identidade**. Actas da 1ª Conferência Internacional de Filosofia da Educação. Porto, Porto Editora.

CARSON, V.B. (1989) **Spiritual Dimensions of Nursing Practice**. Philadelphia, Saunders.

CASANOVA, José. (1994). **Public Religions in the Modern World**. Chicago, University of Chicago Press.

CARKHUFF, Robert R. (1969). **Helping and human relations**. Vol.II. Practice and Research. New York, Holt, Rinehart &Wiston.

CAVALCANTI FILHO, José Paulo (2011). **Fernando Pessoa. Uma quase-autobiografia**. Porto, Porto Editora.

CEDRÓN, Maria Leticia Cáceres et al. (2000), **La Entrevista en Trabajo Social**. Buenos Aires, Espacio Editorial.

CLAVEL, Juan Masiá (2008). **Estética, Ética y Espiritualidad. Bio-estética y bio-ética en perspectiva oriental**. In: *Bioética y Religión*, Madrid, Ediciones Síntesis.

COHEN, S.R. et all. (1995). **The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability**. In: *Palliative Medicine*. Nº 9, Pág. 207–219.

COX, Harvey. [1990 (1965)]. **The Secular City**. New York, Macmillian.

DAWSON, P.J. (1997). **A Reply to Goddard's "Spirituality as Integrative Energy"**. In: *Journal of Advanced Nursing* 25, págs: 282–289.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. (1983). **Risk and Culture**. Los Angeles, University of California Press.

DURKHEIM, Émile. (2002). **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totémico na Austrália**. Trad. Miguel Serras Pereira. Oeiras, Celta Editora.

ELÍADE, Mircea. [2006 (1956)]. **O sagrado e o profano. A essência das religiões**. Lisboa, Edições "Livros do Brasil"- Lisboa.

ELIAS, Norbert. [2001 (1982)]. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

ELIAS, Norbert. [1993 (1987)]. **A sociedade dos indivíduos**. Lisboa, Dom Quixote.

FERNANDES, António Teixeira. (1990). **Individualismo, subjectividade e relação social**. In: *Revista da Faculdade de Letras*, Universidade do Porto, Série de Filosofia, nº 7, págs: 59-82.

FERNANDES, António Teixeira. (2001). **Formas de vida religiosa nas sociedades contemporâneas**. Oeiras, Celta Editora.

FERNANDES, António Teixeira. (2003). **Valores e atitudes religiosas**. In: VALA, Jorge; CABRAL, Manuel Villaverde; RAMOS, Alice. (2003). *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

FEUERBACH, Ludwig. [2002 (1841)]. **A essência do cristianismo**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

FIORES, Stefano; GOFFI, Tullo. (1993). **Dicionário de Espiritualidade**, S. Paulo. Editora Paulus.

FLANAGAN, Kieran; JUPP, Peter C. (2007). **Sociology of Spirituality**. Aldershot, Ashgate Publishing Limited.

FLECK, L. [1989 (1935)]. **Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache**. Frankfurt am Main, Suhramp.

FODDY, William. (1996). **Como perguntar, teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários**. Oeiras, Celta Editora.

FOLLARI, Roberto A. (2007). **Las ciencias sociales en la “nueva forma” de lo social (globalización y posmodernidad)**. In: *Revista Portuguesa de Filosofia*, Tomo 63, Fasc. 1-3.

FOUCAULT, Michel. (1988). **Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings 1977-1988**. London, Routledge.

FRANCO, António Sousa (2004). **Princípios Gerais da Nova Concordata**. Intervenção proferida a 24 de Maio de 2004 no debate sobre a concordata realizado pelo Instituto Superior de Direito Canónico. In: *Concordatas Santa Sé – Portugal*, 18 de Maio 2004, 7 de Maio 1940. Centro de Estudos de Direito Canónico. Cadernos Forum Canonicum. Lisboa.

FRANKL, Viktor. [2011 (1945)]. **Em busca de sentido**. 31ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Vozes.

FRANKL, Viktor. (1973). **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial**. São Paulo, Quadrante.

FRANKL, V. [2011 (1974)]. **A presença ignorada de Deus**. 13ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Vozes.

FRANKL, V. (1986). **The Doctor and the Soul. From Psychotherapy to Logotherapy**. Nova York, Random House.

FREIRE, André. (2003). **Pós-materialismo e comportamentos políticos: o caso português em perspectiva comparativa**. In: VALA, Jorge; CABRAL, Manuel

Villaverde; RAMOS, Alice. (2003). *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

FRIEDMAN, Alice. (2010). **Client-rated helpfulness of two approaches for addressing religious concerns in therapy**. Theses and Dissertations. Paper 669. <http://ir.uiowa.edu/etd/669>.

FULLER, Robert C. (2001). **Spiritual but not religious: understanding unchurched America**. New York, Oxford University Press.

FULLER, Robert C. (2006). **Wonder. From Emotion to Spirituality**. Raleigh, The University of North Carolina Press.

FULLER, Robert C. (2008). **Spirituality in the flesh. Bodily Sources of Religious Experience**. New York, Oxford University Press.

GARCIA, José Luís (2007). **Declinaciones de la religión en la modernidad**. In: RIS, vol LXV, nº 47, Mayo-Agosto, pp.203-211.

GAUTHIER, Benôit, Org. (2003). **Investigação Social. Da problemática à colheita de dados**. Loures, Lusociência.

GEERTZ, Clifford. (1973). **The Interpretation of Culture**. New York, Basic Books.

GELLNER, Ernest. (1992). **Postmodernism, Reason and Religion**. London, Routledge.

GHIGLIONE, R.; MATALON, Benjamin (1995). **O inquérito teoria e prática**. 2ª Edição. Oeiras, Celta.

GIDDENS, Anthony. (1990). **The consequences of Modernity**. Cambridge, Polity Press.

GIDDENS, Anthony. (1994). **Living in a post-traditional society**. In BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Reflexive modernization: politics, tradition and aesthetics in modern social order*. Cambridge, Polity Press, pág. 56 – 109.

GIDDENS, Anthony. [1998 (1992)]. **La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas**. 2ª Edição, Madrid, Ediciones Cátedra – Teorema.

GIDDENS, Anthony (2000) **Sociologia**. 2ª Edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

GLENN, Charles L. (2000). **The Ambiguous Embrace: Government and Faith-Based Schools and Social Agencies**. New Jersey, Princeton University Press.

GLUCKLICH, Ariel. (2001). **Sacred Pain: Hurting the Body for the Sake of the Soul**. Oxford, Oxford University Press.

GONÇALVES, Vânia Goreti Ferreira. (2008). **Espiritualidade, Cultura e Práticas de Enfermagem em Situações Terminais: Estudo Etnográfico em Contexto Hospitalar**. Repositório do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

GRANSTROM, S. (1995). **Spiritual Care for Oncology Patients**. In: *Topics in Clinical Nursing* nº 7, 1, pág. 39–45.

GUERRA, Isabel Carvalho. (2006). **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**. Estoril, Príncipe Editora.

GUYAU, Jean Marie.(1925). **L'irreligion de L'avenir**. Paris, Alcan.

HAMMOND, Philip E. (1980). **Varieties of Civil Religion**. San Francisco, Harper & Row.

HAMMOND, Philip E. (ed.) (1985). **The Sacred in a Secular Age. Toward Revision in the Scientific Study of Religion**. Los Angeles, University of California Press.

HARRINGTON, A. (1995) **Spiritual Care: What Does it Mean to Registered Nurses?** In: *Australian Journal of Advanced Nursing* nº 12, 4, Pág. 5–14.

HARRIS, R.C. et all. (1995). **The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being**. In: *Journal of Religion and Health*, nº 34(1), Pág. 17–32.

HEELAS, Paul; MARTIN, David; MORRIS, Paul. (1998). **Religion, Modernity and Postmodernity**. Oxford, Blackwell Publishers.

HEELAS, Paul; WOODHEAD, Linda. (2000). **Religion in Modern Times. An interpretive anthology**. Oxford, Blackwell Publishers.

HEELAS, Paul; WOODHEAD, Linda. (2005). **The Spiritual Revolution. Why religion is giving way to spirituality**. Oxford, Blackwell Publishers.

HEELAS, Paul. (2008). **Spiritualities of Life: New Age Romanticism and consumptive capitalism**. Oxford, Blackwell Publishers.

HEFNER, Robert W. (1998). **Secularization and citizenship in Muslim Indonesia**. In: HEELAS, Paul; MARTIN, David; MORRIS, Paul. (1998). *Religion, Modernity and Postmodernity*. Oxford, Blackwell Publishers, Pág. 147-168.

HEIDEGGER, Martin. (2002). **Identity and difference**. Chicago, University of Chicago Press.

HELD, David. (2006). **Models of Democracy**. 3ª Edição. Cambridge, Polity Press.

HERVIEU-LÈGER, Danièle (2001). **The twofold limit of the notion of secularization**. In: WOODHEAD, Linda; HEELAS, Paul; MARTIN, David. (2001). *Peter Berger and the Study of Religion*. London, Routledge.

HICK, John; KNITTER, Paul. (1989). **The myth of Christian uniqueness: toward a pluralistic theology of religion**. New York, Orbis Books.

HIGHFIELD, M.F. (1992) **Spiritual Health of Oncology Patients: Nurse and Patient Perspectives**. In *Cancer Nursing* n° 15, Pág. 1–8.

HIRSCHMAN, Albert O. (1982). **Shifting involvements: private interest and public action**. Princeton, Princeton University Press.

HOLMES, Peter R. (2007). **Spirituality: Some disciplinary perspectives**. In: FLANAGAN, Kieran; JUPP, Peter C. (2007). *Sociology of Spirituality*. Aldershot, Ashgate Publishing Limited.

HUANG, C. Julia (2011) **Scientific and Sacramental: Medical Charity in the Buddhist Tzu Chi Movement**. Presentation at 31st International Society for the Sociology of Religion Conference, (entre 30 de Junho e 3 de Julho de 2011) Aux-en-Provence.

INGLEHART, Ronald. (1990). **Culture shift in advanced industrial society**. Princeton, Princeton University Press.

INGLEHART, Ronald. (1997). **Modernization and Post-modernization. Value change in 43 societies**. Princeton, Princeton University Press.

IZARD, Carol (1977). **Human Emotions**. New York, Plenum.

JAMES, William. [2008 (1902)]. **The varieties of religious experience. A study in human nature**. Forgotten Books, www.forgottenbooks.org.

JAMESON, Frederic. (1991). **Postmodernism, or, The Cultural Logic of Late Capitalism**. New York, Verso.

JUERGENSMEYER, Mark. (1993). **The New Cold War? Religious Nationalism Confronts the Secular State**. Los Angeles, University of California Press.

JUDT, Tony. (2010). **Um tratado sobre os nossos actuais descontentamentos**. Lisboa, Edições 70.

KEARNEY, Michael. (1989). **Hospice Medicine**. In *Changing Ideas in Health Care*. Oxford, John Wiley & Sons, Lda.

KEARNEY, Michael. (1990). **Spiritual Pain**. In: *The way - International journal of contemporary Christian spirituality*. Oxford, British Jesuits, N° 30, pág. 47-54.

KEARNEY, Michael. (1996). **Mortally Wounded: Stories of Soul Pain, Death and Healing**. Nova York, Scribner.

KEIGHLEY, T. (1997). **Organisational structures and personal spiritual beliefs**. In *International Journal of Palliative Nursing* 3, 1, pág. 47-51.

KOENIG, Harold G. (2002). **Spirituality in Patient Care. Why, How, When, and What.** Philadelphia, Templeton Foundation Press.

KOLAKOWSKI, Leszek. (1990). **La Presencia del Mito.** Madrid, Cátedra.

KRIPPENDORFF, Klaus H. (2004). **Content Analysis. An Introduction to Its Methodology.** London, Sage Publications.

LAKOFF, George; JOHNSON, Mark (1999). **Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought.** New York, Basic Books.

LAYDER, Dereck (1998). **The reality of social domains: implications for theory and method.** In: MAY, Tim; WILLIAMS, Malcom (orgs.) *Knowing The Social World.* Open University Press, Philadelphia.

LEACH, Edmund (1975). **Society's expectations of health.** Journal of Medical Ethics, Published by group.bmj.com.

LOWEN, Alexander. (1975). **Bioenergetics.** New York, Coward, McCann & Geoghegan.

LUCKMANN, Thomas (1969). **La Religione Invisibile,** Bolonha, Il Molino.

LYON, D. (2000). **Jesus in Disneyland. Religion in Postmodern Times.** Cambridge, Polity.

MAALOUF, Amin. [2003 (2000)]. **In the name of Identity: Violence and the need to belong.** New York, Penguin Press.

MARTIN, David. (1990). **Tongues of Fire. The Explosion of Protestantism in Latin America and Catholicism in Eastern Europe.** London, Society for Promoting Christian Knowledge.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. (1975). **A ideologia alemã: critica da filosofia alemã mais recente na pessoa dos seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do Socialismo alemão na dos seus diferentes profetas.** Trad. Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. Lisboa, Presença.

MAUSS, Marcel. [2000 (1904)]. **Esboço de uma teoria geral da Magia.** São Paulo, Edições 70.

McLOUGHLIN, William. (1978). **Revivals, Awakenings, and Reform.** Chicago, University of Chicago Press.

MELO, Adélio da Costa. (2000). **O tempo da identidade pessoal.** In Diversidade e identidade : 1ª Conferência Internacional de Filosofia da Educação (Maio 1998), p. 193-198, Universidade do Porto, Faculdade de Letras

MOUZELIS, Nicos. (2011). **Modernity: the Religious and Spiritual Dimensions**. Conferência integrada no Ciclo Internacional de Conferências Doutorais da ESPP do ISCTE-IUL/CIES-IUL, a 20 de Maio, em Lisboa.

NEUENDORF, Kimberly A. (2002). **Content Analysis Guidebook**. London, Sage Publications.

NUNES, João Arriscado. (2006). **A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas**. Versão policopiada da apresentação no 8º Congresso da ABRASCO e no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, no Rio de Janeiro.

O'BRIEN, M. (1982). **The need for spiritual integrity**. In: YURA, H; WALSH, M (eds). In: *Human needs and nursing process*. Norwalk, Connecticut, Appleton-Century-Crofts, pp 85-95.

OLDNALL, A. (1996) **A Critical Analysis of Nursing: Meeting the Spiritual Needs of Patients**. In: *Journal of Advanced Nursing* nº 23, pág. 138–144.

PACE, Enzo. (2010). **Religiões em movimento. Imigrações, novas gerações e diferenças de género**. In: *Religião em movimento. Imigrantes e diversidade religiosa em Portugal e Itália*. Porto, Estratégias Criativas. Pág. 21-35.

PAIS, José Machado. (2001). **O que explica a religiosidade dos portugueses? Um ensaio de análise tipológica**. In: PAIS, José Machado; CABRAL, Manuel Villaverde; VALA, Jorge. (2001). *Religião e Bioética*. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

PARETO, Vilfredo. (1968). **Traité de Sociologie Générale**. Paris, Droz.

PICKERING, W.S.F. (1984). **Durkheim's Sociology of Religion: Themes and Theories**. Cambridge, James, Clark & Co Ltd.

PIEDMONT, Ralph L, et all. (2007). **Research in the Social Scientific Study of Religion**. Volume 18. Maryland, Brill.

PIERUCCI, António Flávio. (2003). **O desencantamento do mundo. Todos os passos do conceito de Max Weber**. São Paulo, Editora 34.

PILES, C.L. (1990). **Providing Spiritual Care**. in *Nurse Education* nº 15, pág. 36–41.

PINTO, Cândida; RIBEIRO, José Luís Pais (2007). **Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde**. In: *Arquivos de Medicina*, nº 21(2), pp 47-53.

PINTO, José Madureira. (1991). **Considerações sobre a produção social de identidade**. In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº32, pp 217-231.

PINTO, José Madureira. (2006). **Precarização e relações de sentido no espaço social do trabalho**. In: *Revista Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, nº16, pp. 177-190.

PINTO, Vitor Feytor (2001). **Pastoral da Saúde**. in, Dicionário de Bioética, coord. LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da; Vila Nova de Gaia, Editorial Perpétuo Socorro.

PRAT, Joan (2007). **Los sentidos de la vida - la construcción del sujeto, modelos del yo y identidad**. Barcelona, Edicions Bellaterra.

PUCHALSKI, Cristina M. (2001). **The role of spirituality in health care**. Apresentação feita na Baylor University Medical Center em 28 de Fevereiro de 2001.

PULLEN, L; TUCK, I.; MIX, K. (1996) **Mental Health Nurses - Spiritual Perspectives**. In: Journal of Holistic Nursing nº14, 2, pág.85-97.

READER, John. (2008). **Reconstructing practical theology: the impact of globalization**. Burlington, Ashgate Publishing Company.

REICH, Wilhelm. (1949). **Character-Analysis**. New York, Noonday.

RENETZKY, Larry. (1979). **The fourth dimension: applications to the social services**. In: Moberg, D. (ed) *Spiritual Well Being: Sociological Perspectives*. Washington, University Press of America.

RICOUR, Paul. [1992 (1990)]. **Oneself as Another**. Chicago, University of Chicago Press.

RIEGELHAUPT, Joyce Firstenberg. (1982). **O significado religioso do anticlericalismo popular**. In *Análise Social*, Ano 18, nº 72-73-74, pp. 1213-1229.

ROBERTSON, Roland. (1992). **Globalization: social theory and global culture**. London, Sage.

SALVADOR, Federico Ruiz. (1988). **Caminos del Espiritu**. 3ª Edição. Madrid, Editorial de Espiritualidade.

SAUNDERS, C; BAINES, M. (1983). **Living with Dying: The management of terminal disease**. 2nd edition. Oxford, Oxford University Press.

SAVATER, Fernando. (2007). **A vida eterna**. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

SERRÃO, Daniel. (2006). **Espiritualidade**. In *Revista Hospitalidade*, Ano 71, nº 273, pp. 35-39.

SHILS, Edward. (1960). **Political development in the new states**. In: *Comparative Studies in Society and History*, nº 2, Pág. 265-292.

SILVA, A. S; PINTO, José M, (org). (1986). **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto, Afrontamento.

SILVA, José Nuno Ferreira da. (2012). **A morte e o morrer entre o *deslugar* e o *lugar***. Porto, Afrontamento.

SILVA, Paulo Alexandre Gomes da Cunha e. (1995). **O lugar do Corpo. Elementos para uma cartografia fractal**. Repositório da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

SODESTROM, K.E; MARTINSON, I.M. (1987). **Patient's Spiritual Coping Strategies: A Study of Nurse and Patient Perspectives**. *Oncology Nursing Forum* n° 14, Pág. 41–46.

SONTAG, Susan. (1998). **A doença como metáfora**. Lisboa, Quetzal Editores.

SPYBEY, Tony. (1996). **Globalization and world society**. Cambridge, Polity Press.

STARK, Rodney; BAINBRIDGE, William Sims. [1996 (1987)]. **A theory of Religion**. New Jersey, Rutgers University Press.

STRAUSS, Anselm et all. (1985). **Social Organization of Medical Work**. Chicago, The University of Chicago Press.

STRAWBRIDGE, W.J. et all. (1997). **Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years**. In: *Am J Public Health*. N° 87, Pág. 957–961.

SWINTON, John. (2001). **Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a 'Forgotten' Dimension**. London, Jessica Kingsley Publishers.

TANSEY, James; O'RIORDAN, Tim. (1999). **Cultural theory and risk: a review**. In *Health, Risk & Society*, Vol. 1, N° 1, pág. 71 – 90.

TAVARES, David. (2008). **Identidade, socialização e processo de profissionalização - contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia**. In: *Revista de Ciências da Educação*, n° 6, pp. 35-44.

TAVES, Ann. (2009). **Religious Experience Reconsider. A bulding-block approach to the study of religion and other special things**. Princeton, Princeton University Press.

TRACY, David. (1978). **Blessed Rage for Order**. New York, Seabury.

TURNER, Bryan S. (1987). **Medical Power and Social Knowledge**. London, Sage Publications.

TURNER, R.P. et all (1995). **Religious or Spiritual Problem: A Culturally Sensitive Diagnostic Category in the DSM-IV**. In “*Journal of Nervous and Mental Disease*” n°183, 7, pp. 435–444.

VEER, Peter van der. (1994). **Religious Nationalism: Hindus and Muslims in Índia**. Los Angeles, University of California Press.

VELASCO, J Martín. (1994). **Mundo de la salud y evangelización**. Congreso Iglesia y salud, Madrid.

VILAÇA, Helena. (1993). **Território e identidades na problemática dos movimentos sociais: algumas propostas de pesquisa**. Apresentação no encontro da Associação Portuguesa de Sociologia «dinâmicas culturais, cidadania e desenvolvimento local». Vila do Conde de 1 a 3 de Abril de 1993.

VILAÇA, Helena. (2001). **Identidades, práticas e crenças religiosas**. In: PAIS, José Machado; CABRAL, Manuel Villaverde; VALA, Jorge. (2001). *Religião e Bioética*. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

VILAÇA, Helena; PACE, Enzo (Coord.) (2010). **Religião em Movimento. Imigrantes e Diversidade Religiosa em Portugal e na Itália**. Porto, Estratégias Criativas.

VOAS, David; BRUCE, Steve. (2007). **The spiritual revolution: another false dawn for the sacred**. In: FLANAGAN, Kieran; JUPP, Peter C. (2007). *Sociology of Spirituality*. Aldershot, Ashgate Publishing Limited.

WAKEFIELD, Gordon. (1983). **A dictionary of Christian Spirituality**. London, SCM Press.

WALLACE, Anthony F.C. (1966). **Religion. An Anthropologic View**. New York, Random House.

WEBER, Max. (1989). **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Trad. Ana Falcão Bastos e Luís Leitão. Lisboa, Presença.

WHITE, Gillian. (2006). **Talking About Spirituality in Health Care Practice. A resource for the Multi-professional Health Care Team**. London, Jessica Kingsley Publishers.

WEST, Mark D. (2001). **Applications of Computer Content Analysis**. London, Ablex Publishing.

WILSON, Bryan. (1982). **Religion in Sociological Perspective**. Oxford and New York, Oxford University Press.

WOODHEAD, Linda; HEELAS, Paul; MARTIN, David. (2001). **Peter Berger and the Study of Religion**. London, Routledge.

YATES, J.W. et all. (1981). **Religion in patients with advanced cancer**. *Medicine Pediatrics Oncology*. Nº 9, Pág. 121–128.

YOUNG, Lourence Alfred. (1997). **Rational Choice Theory and Religion**. London, Routledge.

Outros documentos consultados.

1 - Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações Estratégicas. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2004.

Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados em contexto hospitalar.

- 2 - Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2012
- 3 - Decreto-Lei nº 47357 de 27 de Abril de 1968
- 4 - Lei nº 48/90 de 24 de Agosto
- 5 - Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro
- 6 - Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro
- 7 - Decreto-Lei 389/2009 de 23 de Setembro.
- 8 - Concordata entre o Estado Português e o Estado do Vaticano
- 9 - Carta dos Direitos do Doente Internado.
- 10 - Carta de Direitos e Deveres dos Doentes.

Anexos

Anexo A - Guião das entrevistas aos capelães

- 1 - O que significa para si “Curar”?
- 2 - O que significa para si “Salvar”?
- 3 - O que é para si espiritualidade?
- 4 - O que é que as pessoas procuram quando recorrem a este serviço?
- 5 - O que é que é mais importante fazer, durante um internamento hospitalar, para influenciar o estado de saúde ou a recuperação do doente?
- 6 - Em que fase da doença considera mais pertinente a intervenção ao nível da dimensão espiritual?
- 7 - Para si, o que significa a abordagem multidisciplinar de cuidados?
- 8 - Reconhece que neste hospital as equipas de saúde têm uma abordagem de cuidados multidisciplinar? Em que medida?
- 9 - Como caracterizaria o SAER?
- 10 - Que contributo pode o SAER dar ao hospital?
- 11 - Como é que o SAER responde às necessidades espirituais expressas pelos doentes?
- 12 - Considera que este serviço é reconhecido pelas equipas? Em que medida?
- 13 - Identifica algum obstáculo ao reconhecimento deste serviço pelo restante hospital? E fora do hospital (comunidades religiosas ou outros)?

- Apresentação de casos:

CASO 1

Ana tem anorexia. A Ana vem de uma família cristã não praticante e descreve-se como uma pessoa “*não muito religiosa*”. No entanto, desde que foi internada, classifica o ganho de peso como “*presença do demónio*” e o baixo peso como “*próxima de Deus*”. Ela vê-se como personificação do mal e usa argumentos religiosos para justificar o baixo peso. Os membros da equipa de saúde consideram que esta classificação deriva da psicopatologia da anorexia; contudo desejam respeitar as crenças da Ana e concordam que ela deve ser ajudada a questionar a sua ideologia. O capelão do hospital é convidado a integrar a equipa e a oferecer acompanhamento espiritual, permitindo à Ana o delineamento das áreas que funcionam como uma defesa para a anorexia. Ela compromete-se mais com o tratamento e começa a ganhar peso. Todavia, ao cabo de alguns meses, deprime e escolhe ser tratada apenas pelo serviço de psiquiatria.

- O que é que mais poderia ter sido feito com a Ana?

CASO 2

Ângelo tem 25 anos. Foi-lhe diagnosticada uma psicose esquizofrénica e o Ângelo intitula-se “Deus”. Num dos contactos com o capelão, a meio da conversa entre ambos, entrega-lhe um papel e refere que são os números da lotaria nacional, incumbindo o capelão da compra do bilhete respectivo e posterior partilha do prémio. Tempos depois, volta ao serviço religioso e reclama a sua parte do prémio, constatando que o capelão não cumpriu o que lhe foi pedido. A partir daí, o Ângelo torna-se verbalmente agressivo sempre que vê o capelão e acusa-o em alta voz.

- Como se posicionaria num caso destes? Qual será a melhor abordagem, para um capelão, nestes casos de personificação divina?

CASO 3

A filha de Alexandra nasceu prematura, com 6 meses de idade e foi internada no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais. Depois de alguns meses a menina não resistiu e morreu, apesar das manobras de ressuscitação levadas a cabo pela equipa. Alexandra questiona-se acerca do que poderia ter feito para prevenir aquela situação, sente-se culpada porque não insistiu com os médicos para continuarem com as manobras de ressuscitação e porque acha que se continuar com a sua vida não guardará a memória deste seu anjo. A Alexandra refere ser uma pessoa religiosa e que acredita que sabe que Deus controla tudo mas não entende o seu desígnio com este acontecimento.

- Que tipo de acompanhamento pode o SAER oferecer num caso como este?

CASO 4

Está a atender um doente com SIDA que refere que vê a sua doença como uma punição pelos seus comportamentos que classifica de pecaminosos.

- Que abordagem e acompanhamento pode o SEAR fazer num caso destes?

Anexo B - Guião das Entrevistas aos profissionais de saúde

- 1 - O que significa para si “Curar”?
- 2 - Para si, o que significa a abordagem multidisciplinar de cuidados?
- 3 - Considera que a sua equipa (quem a constitui e quem a gere) tem uma abordagem de cuidados multidisciplinar? Em que medida?
- 4 - O que é que é mais importante fazer, durante um internamento hospitalar, para influenciar o estado de saúde ou a recuperação do doente?
- 5 - O que é para si espiritualidade? Que aspectos articula com a espiritualidade? (Com a cultura? Direitos? Com a expressão exaltada da consciência de si? Com a cidadania?)
- 6 - Como identifica as necessidades espirituais dos doentes? De que forma faz e que instrumentos são usados?
- 7 - Como é que a sua equipa responde às necessidades espirituais expressas pelos doentes?
- 8 - Considera que a sua equipa tem formação suficiente para promover uma resposta às necessidades espirituais? Se não, quais os conhecimentos que faltam? Em que situações de doença sente mais essa falta?
- 9 - Quais lhe parecem ser os profissionais mais habilitados a dar essa resposta? Que competências eles devem deter?
- 10 - Em que fase da doença considera mais pertinente a intervenção da dimensão espiritual?
- 11 - Quais as doenças que considera necessitarem de mais resposta às necessidades espirituais? Porquê?
- 12 - Como reconhece a presença de diferentes confissões religiosas? Que valor lhes atribui? Quem as deve representar nos serviços de saúde?
- 13 - Conhece o regulamento do SAER deste hospital? Sabe que existe legislação específica para o SAER
- 14 - Como caracterizaria o SAER deste hospital?
- 15 - Que contributos o SAER pode dar ao hospital?

- Apresentação de casos:

CASO 1

Alice, 63 anos, foi admitida nas urgências com dificuldades em respirar. Vive sozinha, numa boa casa, adquirida por si. A sua carreira profissional é bem-sucedida. Nas urgências, os exames realizados revelaram uma notícia devastadora: tinha cancro do pulmão. Ao receber a notícia, comentou com o profissional de saúde: “*Afinal, que*

sentido tem toda a minha vida? Tenho a minha casa, os meus dois gatos, o meu emprego. Nada mais”.

-O que diria à Alice?

CASO 2

António, 40 anos, está hospitalizado há vários meses. Ultimamente começou a dar sinais de perda de confiança e disse: “Nestes últimos meses tenho-me perguntado muitas vezes – porquê eu. Porque é que Deus me faz isto? Eu sei que Deus não nos dá mais do que o que conseguimos suportar: se vocês resolverem o problema da minha incontinência, eu acho que consigo suportar as dores da recuperação”.

- Que encaminhamento pode ser dado a este caso? Porquê?

CASO 3

Aida tem 45 anos. Não é católica embora tenha sido educada no seio de uma comunidade católica de aldeia. Em criança acreditava que as suas limitações auditivas eram um castigo de Deus, mas encontrava conforto nas suas orações. Em resposta a conflitos no seu local de trabalho começou a negligenciar as suas necessidades e apetite. Desenvolveu devoções religiosas punitivas que envolvem a não ingestão de alimentos ou a ingestão de alimentos deteriorados.

- Qual a melhor abordagem para este caso, na sua perspectiva?

CASO 4

Está a atender um doente com SIDA que refere que vê a sua doença como uma punição pelos seus comportamentos que classifica de pecaminosos.

- No seu entendimento, que encaminhamento daria a este doente?

Anexo C – Sinopses das entrevistas

Níveis de análise	E1 – Capelão de Hospital Universitário	E2 – Médica da Urgência
Espiritualidade	«A espiritualidade diria que é quase como o ar que cobre os espaços vazios. Tem a ver com compaixão, tem a ver com esperança, tem a ver com o sentido da vida, tem a ver com o querer levar a vida reconciliado consigo, com os outros, com Deus, tem a ver com dar sal à própria vida, às suas relações humanas, uma relação humana com os outros estável, harmoniosa, em paz com o mundo e com a Natureza.»	«Eu acho que as pessoas, de uma forma geral, eu noto isso em mim, essa espiritualidade está num domínio um bocadinho pessoal, íntimo. E embora nós sejamos quase por definição criaturas que devassamos a intimidade das pessoas, trabalhamos na intimidade mesmo muito profunda, eu às vezes acho que trabalhar nessa área nos carrega com coisas que, às vezes, eu preferia não carregar.»
Perspectiva de Cura e Salvação	«Curar... eu ligo isso mais ao médico. Ou seja, no fundo fazer um conjunto de actos sobre o doente. Faz-me pensar numa perspectiva de actuação paterna, activa. Se eu for pensar em cuidar penso mais no materno, no amparo no aconchego e outros aspectos que, aqui no cuidar fará parte também o aspecto religioso.» (...) «Salvar, Salvar é ajudar a pessoa, ou melhor, poder ser companheiro numa determinada situação da pessoa, para que ela possa encontrar o sentido para a sua vida.»	«Antigamente as doenças tratavam-se e tinham uma resolução. Nós, actualmente, vivemos uma fase de doenças, costumamos dizer que já nada se cura no sentido orgânico, os doentes saem melhorados. Raramente a gente escreve na nota de alta que os doentes saem curados. Só saem curados se, por exemplo, tiverem uma apendicite, foram operados e saem curados. Do ponto de vista da nota alta nós não pomos curados. Eu acho que tudo tende para uma cronicidade, eu acho que as doenças tendem para uma cronicidade. Os doentes têm múltiplas patologias e, portanto, do ponto de vista estritamente médico, o curar, hoje em dia, quase que diria que nós estabilizamos, mas não curamos.»
Razões de Procura	«Recordo-me há uns tempos estava aí um doente que ia fazer uma operação, que ia fazer um bypass ao coração e estava aflito, estava preocupado, “como é que vai ser isto, vão-me por a dormir, como é que isto vai ser”. E o meu apoio espiritual foi, no fundo, conversarmos sobre isso. Ele, posteriormente, agradeceu-me de termos tido esta conversa porque lhe deu paz, e o ajudou a enfrentar e, diz ele, que ganhou muito mais calma, muito mais serenidade depois para a operação. É no fundo, muitas vezes face à ansiedade, face ao medo, às angústias, etc., às vezes um papel importante e que eu penso que devia ser mais visto do lado dos profissionais de saúde.»	«O que é que eu noto: todos nós temos medo da morte, e todos nós a empurrámos ou compartimentamo-la. Acho que socialmente a morte está cada vez mais compartimentada, deixou de ser um fenómeno inserido na família, lembro-me de ser miúda, e os miúdos não ficavam nada traumatizados com isso, que ali o senhor que vivia duas casas abaixo, tinha morrido em casa, com a filha, com a mãe, agora está deslocado para os hospitais. Eu acho que na fase final todas as pessoas têm alguma necessidade, ou pelo menos temos constatado que as pessoas querem de alguma maneira fazer algo que passe um bocadinho a esponja, fazer, não sei, um acto de contrição das suas coisas menos boas, ou um balanço da sua vida. Eu acho que nas fases mais precoces as pessoas não verbalizam isso.»
Direito	«Uma das coisas, é sob o ponto de vista legal, que é, o último decreto regulamentar facilitava muito as coisas no sentido da assistência espiritual e religiosa. Eu creio que a assistência espiritual e religiosa é um direito do doente. Sendo um direito do doente, havia necessidade do hospital ser pró-activo, tanto mais que é um direito que faz bem ao doente, é causador de bem-estar, etc. Faria bem ao hospital ser pró-activo na proposta ao doente se quer assistência espiritual e religiosa como diz o decreto e de ser perguntado ao doente,	«As pessoas às vezes ainda têm pudor em pedir apesar de ser um direito.» «Às vezes temos o pedido do próprio doente que quer falar com o Padre, às vezes temos da família que sabe que os doentes vêm mal ou têm doença súbita e estão mal, e a família sabe. Isto se a família perceber que o doente está mal, porque às vezes fazem negação e fazem fuga para a frente. “Ah! Ele gostava muito de levar a extrema-unção, chame lá o padre”. Acciona-se de imediato, nós

	<p>de ser dito ao doente quando ele é internado, de ser dito e informado dos seus direitos, coisa que não é feita.»</p> <p>«Nas comunidades cristãs dá-se uma coisa muito curiosa: de uma maneira geral as comunidades cristãs sabem que existem capelanias e capelães mas, quando chegam ao hospital não sabem que existe, esquecem essa realidade. Geralmente os que são de outras confissões religiosas até são os que mais pedem, porque sabem que não a têm e também são comunidades pequenas, com uma assistência mais personalizada, eles realmente têm uma preocupação em serem mais assistidos. Mas exactamente porque não pedem, não se apresentam, depois é difícil a gente ir à procura deles porque não sabe, é como ir à procura de uma agulha num palheiro, não sabemos onde estão, não sabemos quem são. É este problema da comunicação. Para mim um dos problemas graves.»</p>	<p>accionamos de imediato.»</p> <p>«Outras religiões, que não a católica, de uma forma geral, as pessoas sabem que não temos rabi, não temos imã, mas eles próprios dizem “Nós trazemos, nós chamamos”. E vêm. E é disponibilizado o espaço para as pessoas estarem, entrar a qualquer hora, independentemente de ser hora de visita, a gente corre a cortina, se querem estar ali, se querem rezar, se a família quer estar, rezar. Estou a falar de doentes de SO, porque não os podemos transferir e não podem ir para mais lado nenhum, estão monitorizados.»</p>
<p>Reconhecimento</p>	<p>«O contributo que dá é um contributo de humanização, por um lado, por outro lado é de corresponder às necessidades dos doentes portanto, nesta área, da busca de sentido, no sentido da celebração da fé, no sentido do conforto e da harmonia do próprio doente.»</p> <p>«Eu creio que depois por outro lado, e creio que aí que é o mais grave, a meu ver, e que depois influencia as pessoas, e as pessoas não têm culpa, é o défice de formação. A nível dos currículos de formação estas coisas não estão lá. E quando estas coisas sob o ponto de vista mais humanista não estão lá, a pessoa não está formada para isso, não está atenta para isso. E eu creio que aqui é um problema. Tem a ver com os currículos de formação, tem a ver com a marginalização a que se vota, por exemplo, os aspectos mais humanistas.»</p>	<p>«Quando fazia noites, tinha uma colega que se dedica aos cuidados paliativos, e que na formação, ela fez mestrado em Cuidados Paliativos, tem uma formação muito grande nessa componente e habituei-me também, ela sempre foi muito promotora desta sensibilidade. Eu sensibilizei-me com ela.»</p>
<p>Produção de cuidados</p>	<p>«Eu, às vezes, apercebo-me de coisas dos doentes e às vezes eram importantes para os médicos, às vezes, eram importantes para as enfermeiras. E se se trabalhasse mais em equipa, neste sentido da escuta da pessoa e transformando a pessoa também em interessado na sua própria recuperação eu acho que nesse sentido nós olhávamos as coisas de outro modo e seria muito mais importante.»</p>	<p>«Tenho formação necessária para abordar quase tudo. Muitas vezes a minha profissão é uma coordenação do trabalho de várias outras especialidades que precisam de trabalhar todas no mesmo doente.»</p>
<p>Multidisciplinariedade</p>	<p>«Uma abordagem multidisciplinar de cuidados significa olhar para a pessoa toda. Não significa sectorizar a pessoa e olhá-la: “bem agora como padre vou apenas ver o aspecto espiritual”. Não, significa que vou olhá-la e atendê-la como pessoa na totalidade. Aquilo que eu sinto às vezes é que todos</p>	<p>«Eu sou internista e para mim a abordagem... Eu sou um peão, passe a falta de modéstia, importante, sou assim uma espécie de pediatra dos grandes, em que todas as doenças e todos os órgãos podem ser abordados por mim. Tenho formação necessária para abordar quase tudo. Muitas vezes a minha profissão é uma</p>

	<p>trabalhamos no sentido de uma forma multidisciplinar no sentido sectorizado e não no sentido de atender a pessoa no sentido global.»</p> <p>«Aquilo que passa é que também a nível da saúde, eu creio que aquilo é complicado às vezes, porque, por exemplo, a nível de enfermagem não têm tempo. O tempo é pouco. Para a qualidade que de facto devia existir, devia existir mais gente. As pessoas têm dificuldade com o tempo, em dar resposta.»</p>	<p>coordenação do trabalho de várias outras especialidades que precisam de trabalhar todas no mesmo doente. E portanto o abordar das múltiplas especialidades tem de ser depois aferido e ao aferimos nós trabalhamos do ponto de vista multidisciplinar sem que haja um que seja preponderante em relação aos outros.»</p> <p>«(...) existem patamares idênticos ao meu, o meu é da decisão, da terapêutica e da investigação, mas tão importantes como estes nós temos a enfermagem e temos a abordagem da assistente social e do psicólogo. Não é à toa que temos consultas em que já temos isso tudo. Por exemplo as consultas de diabetes em que temos o dietista, psicólogo, e portanto isso é um multidisciplinar em que concorremos para a mesma coisa que é a obtenção do melhor resultado naquela pessoa concreta ou num grupo de pessoas. E portanto aí também podemos inserir abordagens mais abrangentes, com especialidades ou outros grupos de profissionais. Isto é uma casa onde todos os grupos de profissionais são importantes, tem a vertente médica e depois temos inúmeras categorias profissionais em que todos são importantes mesmo que não estejam a trabalhar directamente no doente.»</p>
<p>Atendimento</p>	<p>«É um serviço que pretende acolher todos os doentes, o estar atento a todos os doentes. Naturalmente que o presente serviço de assistência espiritual e religiosa aqui no hospital é católico. E nós estamos de maneira particular para os católicos e portanto é esse acolhimento que nós realizamos.»</p> <p>«Muitas vezes não se encontram, os doentes precisam de um espaço para conversar confidencialmente e não é possível.»</p>	<p>«Se calhar tinha que ser um mix entre capelães, tinham que ter uma formação sociológica, porque o capelão está conotado com a religião católica e nós temos que ser abrangentes.»</p> <p>«Os católicos solicitam muitas vezes os sacerdotes para a extrema-unção, não só o doente como a família, e como do ponto de vista a extrema-unção pode ser dada em vida, pode ser dada peri-morte, portanto do ponto de vista religioso, isso é muito fácil acontecer.»</p>
<p>Concretização do Serviço</p>	<p>«Portanto, se as necessidades são de celebração da fé, correspondem à celebração da fé, celebrando os sacramentos com eles, ou então, se é apenas de oração, ou se é apenas mais de outras necessidades, mais no sentido humano, é conforme as necessidades do próprio doente, que ele expresse, tentarmos ajustar mais às necessidades do doente.»</p>	<p>«Agora, actualmente entrosamos menos com a capelania que temos, raramente os vemos, estão de chamada e já tem havido situações mais difíceis de ultrapassar com alguma indisponibilidade.»</p>

Níveis de análise	E3 – Capelão de hospital psiquiátrico	E4 – Assistente espiritual (mulher)
Espiritualidade	<p>«É tratarmos da harmonia da nossa vida. Consiste em penetrar e mergulhar mais no íntimo de cada um. Pode ser religiosa, no sentido de pertença a uma igreja mas pode ser simplesmente uma vivência humana com outra dimensão que não se sabe bem o que é. Entendo que me leva a actos, a gestos, a ritmos, a estar calado ou a falar, ou a dirigir-me aos outros ou simplesmente a existir, mas a existir comigo mesmo, o que é uma grande complicação. Consiste em ter a sensação de me estar a relacionar com a identidade que afinal está dentro de mim. Pode ser mais do que isto, mas também não sei dizer.»</p> <p>«O facto de se sentir doente é uma preocupação grave na vida de toda a gente, qualquer que seja a doença. É sempre um choque. O primeiro choque é logo a negação. A espiritualidade é um campo muito vasto. Em qualquer fase, o capelão pode ser alguém que se preocupa, uma energia, uma luz, uma segurança. É alguém que gosta de nós. Quem está doente não sabe muito bem os horizontes, ou os tempos que tem ainda, ou pelo menos que qualidade de vida vai ter. Sempre que há alguém que ouve, e fala também um pouco, é importante em qualquer fase da doença.»</p>	<p>«(...) a base tem a ver com o sentido da vida, com os valores, com aquelas coisas que mesmo que alguém não conhecesse nenhuma religião já o sentia dentro de si. (...) capacidade de contemplar a natureza, a capacidade de se transcender, a transcendência não tem que ver só com o divino, uma mãe que olha para o seu filho acabado de nascer é um momento de transcendência, passa por aí também.»</p>
Perspectiva de Cura e Salvação	<p>«Eu, como capelão não curo ninguém, e mesmo em intervenções em que a pessoa tinha perdido o norte, tinha perdido o sentido objectivo da vida, mesmo isso é relativo. Eu prefiro sarar. Sarar é minimizar o sofrimento ou a causa do sofrimento e tem mais de universal, no sentido de ter mais da pessoa toda. Eu, se tenho um problema no estomago, eu tenho um problema na minha vida toda. Sarar a vida é tratar aquilo que é causa de distúrbio ou perturbação, ansiedade ou até de morte e suavizar a vida da outra pessoa, mesmo que a ferida continue lá.»</p>	<p>«O curar, entendo este curar na pessoa, no seu todo, inclui aqui a sua dimensão física, psicológica, social e espiritual, pode é ser entendido no sentido que a pessoa consiga viver estes momentos em paz consigo e muitas vezes vivendo o que não viveu quando estava são fisicamente.»</p>
Razões de Procura	<p>«Noutro campo da relação, a pessoa tem que sentir que não está abandonada, que não está sem certezas. Há muita ansiedade. A pessoa espera muitas coisas: além da segurança que dá pertencer a uma religião e realizar actos que se referem a essa religião, isso dá segurança e tranquilidade.»</p>	<p>«A pessoa pode nem estar ligada a uma religião, mas mesmo assim sente que pode ter apoio do psicólogo, já conseguiu, entende o que está no subconsciente. Nós trabalhamos apenas o que está no consciente e quando começam a falar de coisas mais antigas eu pergunto se já falou com o psicólogo. Há pessoas que falam mais depressa comigo do que com o médico. Eu não sou tão técnica, sou mais afectuosa, posso emocionar-me com o doente e isto cria uma empatia muito grande, tem um efeito e sentem que o que me dizem, eu guardo para mim. Se o assunto é muito importante eu pergunto se posso falar em equipa.»</p>

<p>Direito</p>	<p>«As pessoas que estão doentes têm o direito de ter a sua assistência religiosa. Se a maioria é católica, o serviço tem de ser católico. Os outros se aparecerem também são atendidos. Olhe que se fala em ecumenismo, mas é a igreja católica é que faz o esforço.»</p>	<p>-----</p>
<p>Reconhecimento</p>	<p>«(...) é conhecido e é estimado em todos os serviços do hospital.»</p>	<p>«Eu acho que é muito importante haver este serviço em todos os hospitais porque a pessoa pode até estar em fase de se curar mas se, ao mesmo tempo, disponibilizar este serviço e saber que está ali para ele, a terapêutica tem muito mais efeito, o tratamento corre melhor. A assistência é também para a família, e há casos em que a assistência é toda para a família, este contributo de presença também tem um efeito de redução da ansiedade. Os médicos e os enfermeiros que sabem que o doente está a ser acompanhado ficam mais tranquilos. Muitas vezes os doentes põem questões que eles não sabem responder e nisso contam connosco.»</p> <p>«Eu estou aqui desde 2004 e não é fácil. Um dos requisitos para me aceitarem foi a formação, mas não é a de teologia, tem de ser outra formação como counselling ou outra. Depois que esteja presente nas reuniões. Foi muito difícil aceitarem-me. Mas onde estou todas as semanas já é diferente e todos fazemos o plano individual de intervenção, mas há outras unidades em que eu não consigo estar porque é impossível em termos de tempo. Somos duas, mas a minha colega não tem acesso ao processo porque não é técnica. Eu dialogo ao mesmo nível que os meus colegas.»</p>
<p>Produção de cuidados</p>	<p>«Tem (o capelão) a obrigação de assistir, apoiar, ajudar, cuidar o próximo, os doentes e as suas famílias. Quando uma pessoa está doente, toda a família está em crise. A família no tempo de doença do seu elemento tem problemas. Nós procuramos saber quem é a paróquia, mandamos uma carta e telefonamos. Mas o mais vulgar é atender as pessoas, estar atento às famílias e dar esse apoio.»</p> <p>«No início de qualquer diálogo é pensar a pessoa com sofrimento e o que é que eu posso dar-lhe de paciência, bondade, luz. Temos de ter recursos da psicologia, da relação de ajuda para poder ajudar a pessoa, e saber quais são as teorias e os conceitos da pessoa para a ajudar.»</p>	<p>«Primeiro estabilizar a pessoa, o controlo da dor e dos sintomas. Ninguém consegue pensar em nada se está com dores. Eu só faço a minha intervenção a partir do momento em que o doente já está compensado e é o próprio enfermeiro ou médico que o referencia. Há uma folhinha que mandam por e-mail com as necessidades espirituais ou religiosas. Às vezes é o próprio doente, quando estou lá e me vê a falar com outro que o solicita. Se estiver muito descompensado não consigo fazer o diagnóstico. Escuto mas aguardo sempre para uma intervenção mais profunda quando ele está compensado. Primeiro é compensar, estabilizar e depois é que há esta intervenção. Outras vezes é a família que pede.»</p> <p>«Tenho uma folha onde faço o diagnóstico inicial (...). A população mais velha não diz que tem religião, diz que é católica. Mas às vezes temos que adaptar à situação, por exemplo, trabalhar as expectativas dos doentes que querem recuperar e as coisas não são tão favoráveis. Até estou a pensar em mudar para</p>

		<p>uma folha inicial mais simples, porque da primeira vez as pessoas dizem uma coisa e depois dizem outra. Tem que ser uma coisa para que não tenhamos de escrever muito. Eu até tenho uma grelha para não ter que escrever tudo.»</p>
Multidisciplinariedade	<p>«É necessário que a gente saiba que o sujeito pode contar com uma panóplia de ajudas, de apoios, de luz e de paz, isso é bom poder contar com isso.»</p>	<p>«Nós até tentamos que seja interdisciplinar! Mas às vezes é difícil. Há unidades em que se consegue fazer isso.»</p>
Atendimento	<p>«(...) Deixar falar, deixar expandir-se, e depois tentar perceber alguma coisa da vida dela e da família. Tentar um trabalho ético e nunca desistir, de modo a que ela possa sentir que o capelão, apesar de ter umas noções ou razões que não são as dela para a explicação de determinadas questões, tem ali uma pessoa que a ouve, que a escuta e nunca a censura, pessoa que a acolhe. O capelão pensa sempre que a pessoa sofre muito. Tem de partir daí.»</p>	<p>«Quando estou com os doentes sento-me ao lado deles, para criar a empatia, pego sempre nas coisas positivas para reforçar e nunca ser moralista e fazer juízo de valor, apelo aos sentimentos ao que a pessoa sentiu quando aconteceu determinada coisa. E ajudo na procura do perdão. Não há fórmulas mágicas para o sofrimento espiritual. Quem atende esta área deve viver também a sua própria espiritualidade para ajudar os outros. Quando não estou bem, também evito acompanhar as pessoas porque não vou ajudar.»</p> <p>«É preciso que o técnico (do SAER) esteja sempre na reunião de equipa e todos damos o nosso aporte, se há coisas novas eu intervenho e escrevo nos processos. Faço uma intervenção inicial e depois em todas as intervenções escrevo no registo diário. Há coisas que os outros vêem e por exemplo: “esta doente gosta de ouvir o terço às seis e meia”. O outro vai e lê aquilo e tem o cuidado de ligar o rádio naquela hora para a senhora ouvir. Mas há algumas situações em que o enfermeiro ou o médico pode satisfazer alguma necessidade mais básica daquelas religiosas e comunicar-me também. É preciso é que os outros estejam sensibilizados.»</p>
Concretização do Serviço	<p>«Normalmente as pessoas pedem para levar lá a comunhão ou para se confessar. Essa assistência sacramental, têm direito e é-lhes dado, não falhamos, seja a que hora for. Às vezes a pessoa diz que se quer confessar, mas não quer nada, quer conversar. Tentamos perceber a pessoa e dar-lhe a paz.»</p>	<p>«Eu só faço a minha intervenção a partir do momento em que o doente já está compensado e é o próprio enfermeiro ou médico que o referencia. Há uma folhinha que mandam por e-mail com as necessidades espirituais ou religiosas. Às vezes é o próprio doente, quando estou lá e me vê a falar com outro que o solicita. Se estiver muito descompensado não consigo fazer o diagnóstico. Escuto mas aguardo sempre para uma intervenção mais profunda quando ele está compensado. Primeiro é compensar, estabilizar e depois é que há esta intervenção. (...) Eu uso a FACIT. Às vezes vamos aplicar a escala e depende muitas vezes do estado de saúde. Nem todas as escalas são claras, há doentes que se sentem invadidos.»</p>

Níveis de análise	E5 – Administradora de Hospital Psiquiátrico	E6 – Gestora no Hospital Distrital
Espiritualidade	«É mesmo de dentro, é mesmo de dentro, que está connosco, que vem de nós, que está connosco e que partilhamos com os outros. A espiritualidade é um conjunto de valores, de sentimentos, de formas de estar, de agir, de partilhar, transmitir e que também só me faz sentido com os outros.»	«É religião, o estado de espírito da pessoa, tem muito a ver com a religião que a pessoa adopta. Não sei em que é que os não crentes se baseiam, porque essa questão “não acredito”, tem de haver alguma coisa em que se crê, em que se acredite. Tem que haver um ele, não se sabe quem. Eu sei qual é o meu, mas muitas pessoas sabem que existe algo mas não sabem o quê.»
Perspectiva de Cura e Salvação	«Curar é tratar com sucesso, com resultado, seja em que dimensão for.»	«Dar saúde ao doente que precisa dela.»
Razões de Procura	-----	-----
Direito	«Temos um regulamento interno proposto pelo capelão e sufragamos, aprovamos. Sei que existe legislação. O regulamento foi feito de acordo com isso.»	«Por acaso até estamos a preparar uma sala para outros cultos, como é obrigatório, temos de dar condições para todos e estamos a preparar uma sala nesse sentido. Desde que eu cá estou ainda não foi solicitado mas nós temos de cumprir a legislação e está previsto isso, temos de ser isentos e dar oportunidade a todos. Tenho dúvidas se o capelão poderá representar outras religiões, mas numa conversa que tive com o senhor capelão vi uma grande abertura da parte dele em receber, sem problema nenhum, o que achei muito interessante.»
Reconhecimento	«Não vejo que os diferentes serviços dos hospitais a este nível se entrecruzem, que tomem iniciativas conjuntas, que se arregimentem, digamos assim, as diferentes organizações e que daí resultem iniciativas com outra dimensão, com outra visibilidade, isso não vejo.»	«Eu acho que é sempre, desde que o doente entra até que sai. É lógico que, se calhar, ali na parte dos cuidados paliativos, para certas pessoas é muito importante. Mas acho que todo o percurso é importante.»
Produção de cuidados	«De facto o ser, o ser gente, com bio, psico, social, cada um de nós, enquanto cidadão, enquanto utente, goza pelo menos destas três dimensões, o bio, o psíquico e o social. E portanto, o estarmos a tratar, curar, atender, deve ser sempre feito tendo em conta estas três dimensões e obviamente que elas só podem ser devidamente acauteladas se forem desempenhadas por diferentes actores, por diferentes saberes, por diferentes perspectivas e daí que a multidisciplinaridade seja, obviamente determinante. Nesta área ainda mais: na área da doença mental estas três dimensões assumem uma importância vital, ou seja, tratar só da questão física sem se perceber o que está além disso ou aquém disso, é muito pouco. Nós aqui, a brincar, costumamos dizer que reduzir tudo isto a pastilhas, de facto, não valia a pena haver saber, quase, não é? E portanto a multidisciplinariedade, o contributo das diferentes perspectivas para um ser que é complexo e que tem estas dimensões todas é	-----

	obrigatório, obviamente. (...) Tentamos ter um mix destas perspectivas na mesma equipa, os assistentes sociais, os psicólogos, os psicopedagogos, os terapeutas ocupacionais, os monitores, os assistentes operacionais, portanto, uma panóplia de profissões que só assim é que nós conseguimos entender a prestação de cuidados nesta área.»	
Multidisciplin- riedade	«(...) as equipas reúnem todas as semanas, com todos os estratos profissionais, desde o mais indiferenciado até ao mais diferenciado e em que as questões de serviço são discutidas. Dedicamos em horário 4 a 6 horas a cada pessoa só para este trabalho.»	«É nas várias especialidades em que se pode tratar o doente. Áreas clínicas essencialmente, mas também contemplo outras áreas como as terapias, por exemplo.»
Atendimento	«Pode claramente haver aqui uma mediação, também pode ter o capelão, mas se é doente mental tem de ser acompanhado, tratado, encaminhado pelo especialista da área clínica, mas que não deve descartar a possibilidade de outras áreas, de outras dimensões.»	«(...) a igreja em conjunto com o serviço social poderão estar atentos a esta área.»
Concretização do Serviço	«Disponível, simples, pequenino, sem grande formalidade, julgo eu, mas de proximidade, mas de proximidade. É curioso que é celebrada a missa uma vez por semana, eu já, uma vez ou outra, passei por cá e há sempre doentes que aparecem, mesmo daqueles que a gente não espera que apareçam, percebe? Portanto, é esta espontaneidade, é esta informalidade, e os próprios profissionais organizam-se no sentido de perguntarem nos serviços quem é que quer ir, e os doentes vão. Há esta rede quase informal de comunicação. Posso-lhe dizer que o Padre é muito dinâmico, muito activo, muito interventivo, que as pessoas gostam, que apreciam, que faz outras coisas para além da rotina»	-----

Níveis de análise	E7 – Médico (serviço de medicina)	E8 – Médico responsável por UCI
Espiritualidade	«Pois é parar para pensar que não somos únicos, que não somos sós e que esta vida é boa, tentamos que seja boa, e é olhar à volta para as outras pessoas, as que me rodeiam, dentro do possível que isto às vezes é muito complicado e muito chato, tem dias, não é? E pronto, sei lá, acreditar que há mais coisas para além desta vida.»	«Eu posso resumir isto tudo: todos nós temos uma crença, todos nós acreditamos em algo ou alinhamos em algo ou agrada-nos determinada perspectiva, o que não quer dizer que frequentemos, mas pronto.»
Perspectiva de Cura e Salvação	«Curar, do ponto de vista estritamente técnico, na minha profissão, é restituir a saúde, retornar ao normal, ao normal de cada um, que cada pessoa tem o seu normal. É outra diferença que convém salientar porque não há normalidade dentro da saúde, nem na doença, quanto mais. É evidente que isto é estritamente técnico. Podemos dar uma perspectiva mais englobante e passar para a parte moral, para a parte espiritual, para a parte psicológica, que são também componentes importantes no processo de curar. Isto é um processo de cura, é um processo dinâmico, que começa no diagnóstico e vai por aí fora. Muitas vezes a gente até nem consegue chegar a um diagnóstico, mas tentamos apesar de tudo, conseguimos curar de alguma maneira.»	«O curar: está tudo interligado ao que é que nós estamos cá a fazer, qual é o nosso papel. Para já, eu creio na eternidade, não na perspectiva que é dita “portas-te bem, sentas-te ao lado do senhor, portas-te mal vais para o inferno”. Não tem nada a ver uma coisa com a outra, na minha perspectiva não é nada disso. Se crês na eternidade, há várias vindas a este mundo, percebe? O curar, assim, na prática, não na área médica propriamente dita, será um limar arestas, as vezes que forem necessárias, temos que vir cá para as limar e para as corrigir. Se é curar, se é melhorar o nosso estado, a nossa presença, o nosso olhar, chame-lhe o que quiser. No exercício da medicina o curar passa sempre por uma boa apresentação, não física mas do trato e de olhar. Nós podemos estar imunes, materialmente falando, saímos da fossa, digamos assim, mas a nossa atitude, o nosso olhar, o nosso passo, ser fundamental para... Eu acho que dentro da mezinha está a relação interpessoal.»
Razões de Procura	«Nós aqui somos confrontados com uma realidade que não é desprezível, que é a realidade da morte, da morte e do sofrimento. E muitas vezes temos de transmitir isso às pessoas e, sobretudo, temos que as confrontar com a possibilidade do doente, do seu familiar morrer, não é? E de alguma maneira dentro das dificuldades que temos dentro do nosso trabalho do dia-a-dia é fornecer-lhes algumas pontes, ou algumas escadas, ou algumas ajudas, para que possa fazer essa travessia o menos dolorosamente possível mas é difícil, às vezes é difícil porque cada pessoa é uma pessoa.»	«Temos de estar ao pé da pessoa, é por aí que temos de começar, porque estas pessoas, quando vêm, passam por imensos estadios, mesmo descrente, não interessa. Há algo que vem ao de cima e consegue ultrapassar as humilhações ao longo da sua vida e percebe-se isso falando com as pessoas, e naquelas faltas de ar, entretanto, vai-se falando da vida e das coisas e nas entrelinhas pode-se dizer muita coisa. É um bocado de improviso, depende das circunstâncias.» «Nós médicos, todos nós temos, todos nós somos psicólogos. Agora, é evidente que quem está dentro do assunto, é evidente que tá mais avaliado para... Agora quem não está, não quer dizer que pode não estar ao mesmo nível, não ter o mesmo diploma. Contudo, isto é assim, pode ter uma sensibilidade de tal ordem, pode ter um conhecimento, não é um papel, mas pode dar resposta. Já fizemos muita vez. Exige saber observar.»
Direito	«Reconheço o direito mas por exemplo, as testemunhas de jeová podem tornar-se complicadas em determinados casos.»	«Sim, sim, conheço a lei. Mas não conheço o regulamento, mas sei que se o familiar, e não só... a gente sente no doente, mas é mais na parte final.»
Reconhecimento	«Bem é, sabe que isto é assim: as pessoas ou são procuradas ou vão ao encontro, se são	«Enfim, a religião, se a pessoa, para já quem sou eu para... eu não me preocupo com isso, as

	<p>procuradas, têm que dar resposta; se vão ao encontro, às vezes não são bem recebidas, mas eu acho que é sempre positivo. Obviamente a pessoa, apesar de ser um assistente religioso, não tem que estar sempre a impingir a religião, não é? Mas tem valores para transmitir, valores positivos, valores que às vezes podem ser mais bem entendidos ou não, o valor do sofrimento, o valor da doença, enfim, da caminhada pessoal. Isto anda em paralelo com a parte técnica, digamos assim, um complemento.»</p>	<p>peessoas podem ter as crenças que quiserem, desde que, seja qual for o nome que lhe derem àquilo que criou a humanidade, desde que saiba conversar e aceitar a opinião do outro...»</p> <p>«Não têm, não têm. Isto é um trabalho pessoal. Não têm primeiro, porque há pouca coisa, pelo menos que eu veja, de formação e assim. E depois isto, infelizmente também não devia ser assim, mas eu acho que tem muito a ver com a maneira de ser das pessoas e há pessoas mais sensíveis, outras menos sensíveis.»</p>
Produção de cuidados	<p>«O doente é um todo e embora seja especialista de uma abordagem tão abrangente, de qualquer modo precisamos de todos, e isso para mim é multidisciplinar. Há também uma vertente que são os familiares, quando os doentes não comunicam porque estão sedados, etc, mas temos um papel importante com os familiares e aí há também uma abordagem multidisciplinar com uma parte de tratamento médico, uma parte técnica, aqui temos uma outra abordagem com a parte dos enfermeiros, a parte dos psicólogos, inclusivamente a parte da assistência espiritual, caso necessário. Temos aí casos de santa união que são pedidos, etc. Essa também é multidisciplinar.»</p>	<p>«Cada um tenta à sua maneira. Isto é assim: sempre me considerei um médico, sem fronteiras. Pode achar que isto é idealismo a mais, mas eu acho que nós não devíamos auferir pelo acto médico em si, devíamos de ter outra maneira de sustentabilidade, porque é algo que estamos a dar ao nosso próximo, seja ele quem for porque, a medicina, moralmente falando, é para todos, inimigo, amigo, tratar com a mesma doçura, digamos assim.»</p>
Multidisciplinariedade	<p>«Multidisciplinar, como o próprio nome indica, normalmente tem uma componente de equipa, uma abordagem de equipa»</p>	<p>«A equipa é ótima, cada um à sua maneira. Eu entendo a espiritualidade de uma determinada maneira, se calhar não estou em sintonia com a restante equipa. É o dia-a-dia, é fundamental. Nós falamos mais sem falar, é com o nosso comportamento, é assim que eu vejo. Acho que a equipa responde. É com o trato, o trato diferente, de respeitar o ser humano.»</p>
Atendimento	<p>-----</p>	<p>«Não tenho muito a dizer. Aqui é um serviço, parece uma pessoa atenta, digamos assim, mas eu não sei o que se passa nos outros serviços, mas sempre que é necessário, várias vezes já ali foi, não é. Mas é especificamente para uma determinada situação.»</p>
Concretização do Serviço	<p>-----</p>	<p>-----</p>

Níveis de análise	E9 – Capelão Hospital distrital	E10 – Enfermeira (unidade de cardiologia)
Espiritualidade	«(...) a espiritualidade é a forma como nós nos encontramos connosco, de sentirmo-nos bem perante nós e perante os outros. A espiritualidade tem muita ligação com a parte religiosa, mas penso que são estanques, são situações diferentes: a pessoa pode não ser uma pessoa religiosa mas ter uma espiritualidade forte, ter forças para lutar no seu dia-a-dia. Uma pessoa religiosa pode não ter este sentido, ou seja, facilmente pode deixar-se abater porque não se sente bem consigo própria, não tem forças suficientes para se autovalorizar, reconhecer-se como pessoa única e que faz parte de um todo, que é a sociedade.»	«Lembra-me não só aspectos religiosos, acho que a espiritualidade, quando eu penso em espiritualidade, obviamente que há que ter em conta as questões da própria cultura da pessoa.» «Embora continue a dizer que acho que é importante durante todo o ciclo da doença, porque na verdade, e isto da minha experiência, a verdade é que os doentes que nós temos e que vivem uma espiritualidade, seja ela qual for, de forma activa, têm processo de recuperação, pode ser da minha cabeça, mas a verdade é que encaram a doença de uma forma muito mais saudável, comparando com outros doentes que não tenham essa vivência espiritual, que não tenham nada que a nível espiritual os mova, seja o que for.»
Perspectiva de Cura e Salvação	«Curar, curar tem a vertente da parte física, que devemos entender sempre na perspectiva de reabilitar a pessoa doente, no seu todo. Ou seja, quando a pessoa está doente tem necessidade de curar todo o seu mau estar físico, mas também de curar-se a si própria no seu aspecto psicológico e na forma como encara a doença. E portanto o curar passa por aí, no seu todo. (...) Salvar... Salvar seria mais no aspecto de numa fase terminal, digamos, em que a pessoa se encontra debilitada na sua condição física, e em que há a presença de alguém, neste caso relacionado com a saúde, no meio hospitalar e que o salva da situação de morte iminente. A palavra salvar tem outras conotações com outras realidades mas, referenciando no meio hospitalar é isto que eu penso em relação à palavra salvar.»	«(...) significa sarar, significa ajudar alguém a sair de um processo de sofrimento, seja ele físico, ou outro tipo de sofrimento. Contribuir para retirar a pessoa daquele processo de sofrimento.»
Razões de Procura	«As pessoas procuram mais a parte religiosa. Muitas das vezes sem entenderem bem que o que elas precisam é de estar bem com elas próprias. E vemos muito, às vezes encontramos doentes, ou utentes em que a presença de um capelão é logo sinal de igreja, de finitude, algo muito relacionado com a morte. A nossa maneira, depois, de abordar as pessoas, os doentes, leva-os a ver que na realidade não estamos a falar de religião mas estamos a valorizar aquilo que o doente precisa que seja valorizado, a pessoa concreta. Muitas vezes somos confrontados com situações de pessoas que não nos querem ver, mas depois ao ouvir conversar com os outros acabam também por nos abordar.»	«Muitas vezes as pessoas têm, principalmente os cristãos, têm muito aquela coisa da, imagine que são situações mais terminais, as pessoas vêem a extrema-unção não como a bênção dos doentes mas vêem a extrema unção quase como um passe da morte, etc.»
Direito	-----	«Agora acho que a espiritualidade obviamente, na medida em que a pessoa a pretenda viver, vejo-a como um direito. Para mim é independente do contexto em que está, mesmo que esteja desenraizada do local onde

		<p>nasceu, onde cresceu, o caso dos imigrantes, vejo a sua espiritualidade como um direito transversal, e portanto acho que a pessoa tem o direito a viver a sua espiritualidade e tem o direito a ter no contexto em que vive, a forma de o conseguir viver na sua totalidade, se possível. Nesse sentido sim, vejo a espiritualidade como um direito.»</p> <p>«Quando o doente é internado no serviço é sempre feita uma colheita de dados, na qual nós perguntamos ao doente qual é que é a sua religião e se tem alguma necessidade espiritual que queira referir.»</p> <p>«Temos muitas crianças que são operadas com cardiopatias congénitas e vêm evacuadas de países africanos e que muitas das famílias têm algumas crenças, acreditam que aquela criança vai ser curada se lhe forem ministrados alguns ministérios, que elas entendem e se forem, eles fazem um ritual com uns óleos e uns perfumes, etc. E muitas vezes nós, quando nos é perguntado se é possível ter a presença de um, eles não lhe chamam líder espiritual, mas há-de ser um feiticeiro, para fazer essas mezinhas, esses rituais, a resposta é logo não. Não porque “o controlo da infecção isto...”, “e porque só pode entrar uma pessoa” e porque aquilo implica um ritual, etc... Acho que nesta área, não digo num pós-operatório imediato, mas às vezes, sinto um pouco até um pouco cruel, mesmo com aquelas crianças, porque para elas também há-de ser importante, digo eu... se calhar até não, mas é aquilo a que estão habituadas e já estão deslocadas da sua realidade, não é, já estão num país completamente estranho, uma língua que não percebem, submetidas a uma cirurgia super agressiva, e porque não? Deixarmos que aquelas pessoas se realmente são importantes para aquela criança, poderem à maneira deles, dentro dos limites de segurança, poderem intervir no processo de tratamento, não sei...».</p>
<p>Reconhecimento</p>	<p>«Agora, na classe médica encontramos de tudo, como é óbvio. “Então tá aqui a morrer alguém?” Quando eu chego... mas vejo que de um olhar de desconfiança que foi inicialmente, quando eu aparecia nos serviços, as pessoas já vão aceitando a presença e já não se preocupam, como se fosse um objecto estranho, agora já aceitam, as coisas já vão.»</p> <p>«Só com exemplos concretos é que os profissionais de saúde vão percebendo que a presença do serviço de assistência espiritual e religiosa é importante também na saúde total do doente.»</p>	<p>«Acho que uma das áreas em que nós devíamos ter mais formação, ou reciclagem de formação, seria na área da multiculturalidade e de que forma isso condiciona as opções espirituais da pessoa, e as próprias crenças e atitudes, etc. Muitas vezes, nós somos levados a ajuizar um comportamento segundo o nosso padrão e valores, até podemos não ser católicos ou cristãos, mas a nossa sociedade rege-se por muitos valores, advém do nosso passado cristão, não é? E portanto, muitas vezes, sinto que temos a tendência a julgar, é esse o termo, a julgar a pessoas de acordo com esse nosso padrão. Por isso acho que essa seria uma área a trabalhar.»</p>

<p>Produção de cuidados</p>	<p>«Eu penso que é tratar da necessidade que a traz cá ao hospital. Depois é valorizar também a pessoa, um utente que chega ao hospital e que é tratado só na parte física mas que depois é tratado como se fosse uma “coisa”, acaba por adoecer, entre aspas, do tratamento que leva. E penso que esta componente, os hospitais como local de tratamento urgente, deve dar todo o apoio na entrada do doente mas também deve ter esta componente de apoio pessoal e espiritual, que é, ao fim e ao cabo é o mesmo.»</p> <p>«Por vezes, são as famílias que nos procuram para ir dar uma palavrinha, como dizem. Aqueles que já têm uma caminhada feita acabam por pedir também o sacramento da eucaristia, a comunhão, e nós procuramos sempre quando vamos tentar, para já, tentar saber a realidade que temos desta parte religiosa dos outros, fazer ver e perguntar a todos se é necessário puxar por temas, enfim, fazer ver se é preciso ter alguma atitude que os possa proteger de alguma agressão, chamemos-lhe assim, ideológica, doutrinal.»</p>	<p>«(...) se por exemplo há algum enfermeiro que esteja mais sensível às questões das crenças e da fé, chama, e se o doente referir ou soubermos qual é a religião da pessoa e a pessoa referir que tem alguma necessidade, o enfermeiro chama, se não, se for alguém que não está para aí virado não chama.»</p> <p>«Na prática, eu acho que não é uma prioridade para a maior parte dos profissionais e isso vê-se na forma como as pessoas não abordam a questão, portanto, voltando ao que estávamos a falar há pouco: se for o doente a manifestar essa necessidade, tudo muito bem, mas não parte, a maior parte das vezes do enfermeiro, ou do profissional, é melhor falar dos profissionais de saúde, não parte, a maior parte das vezes, do profissional de saúde essa abordagem.»</p> <p>«Numa situação de internamento prolongado, se for um jovem que começa a ficar mais triste, ou a afastar-se, a primeira pessoa em que pensamos logo é um psicólogo. É logo a primeira pessoa.»</p>
<p>Multidisciplinariedade</p>	<p>«Não, não há. O único problema no meu caso pessoal aqui neste hospital é o facto de eu ser só, de estar a trabalhar num projecto que, eu sonho que é um projecto grande, mas que estou sozinho.»</p>	<p>«Uma equipa que no fundo seja interdisciplinar, que inclua todos os profissionais que possam intervir no processo de tratamento da doença: enfermeiros, médicos, psicólogos, o capelão»</p>
<p>Atendimento</p>	<p>«A nossa maneira, depois, de abordar as pessoas, os doentes, leva-os a ver que na realidade não estamos a falar de religião mas estamos a valorizar aquilo que o doente precisa que seja valorizado, a pessoa concreta. Muitas vezes somos confrontados com situações de pessoas que não nos querem ver, mas depois ao ouvir conversar com os outros acabam também por nos abordar. »</p>	<p>«Se solicitarmos efectivamente estão lá, há presença física e há preocupação, mas à parte disso há uma passagem, não posso chamar sequer uma visita, há uma passagem semanal pelo serviço e portanto se houver alguma situação é referenciada e tudo bem, se não houver... »</p>
<p>Concretização do Serviço</p>	<p>«Digamos que é um serviço de presença. Presença, como eu disse ainda há pouco, de uma tentativa de estar próximo daqueles que são internados recentemente, dar-lhes uma palavra, e também junto dos profissionais, quer dos profissionais de saúde, quer dos administrativos, estar presente, dizendo que com a nossa presença é a igreja que está aqui. E isso faz-se, portanto com trabalho, com a presença, como disse, para que as pessoas possam ver que há aqui alguém que trata desta realidade que não é tanto física mas é espiritual.»</p>	<p>«Acho que o serviço de capelania podia ter uma intervenção importante. Sensibilizar-nos enquanto profissionais de saúde, mas de formas inovadoras, não com folhetos ou cartazes que ninguém olha, ninguém vê, mas tentar sensibilizar-nos para a importância da espiritualidade, por um lado.»</p>

Níveis de análise	E11 – Psicólogo hospitalar	E12 – Enfermeira (Cuidados Paliativos)	E13 – Capelão (Centro de saúde)
Espiritualidade	<p>«Sabe, isso é tudo aquilo que nós podemos emprestar aos outros, que depois de experimentar por eles, se mantêm durante um período em que eles nos recordam. A espiritualidade é isso. (...) A pessoa tem a outra dimensão, naturalmente, a dimensão teológica que a liga aos outros e que nem sempre é mensurável, nem sempre é tratada sob os aspectos técnicos. E com Deus, naturalmente tem a ver com a relação com Deus, com o transcendente. É esta relação com o transcendente, com o outro, se quisermos. Naturalmente que, o desenvolvimento destes aspectos na vida da pessoa, e a atenção a estes aspectos na vida da pessoa, naturalmente que tem a ver com essa dimensão espiritual.»</p>	<p>«Eu acho que a espiritualidade é um sentido, é um significado que cada um atribui à sua própria vida e ao mundo que o rodeia. É isso que é espiritualidade, a maneira como vive, como encara, como consegue lidar com as coisas que lhe acontecem.»</p>	<p>«A pessoa tem a outra dimensão, naturalmente, a dimensão teológica que a liga aos outros e que nem sempre é mensurável, nem sempre é tratada sob os aspectos técnicos. E com Deus, naturalmente tem a ver com a relação com Deus, com o transcendente. É esta relação com o transcendente, com o outro, se quisermos. Naturalmente que, o desenvolvimento destes aspectos na vida da pessoa, e a atenção a estes aspectos na vida da pessoa, naturalmente que tem a ver com essa dimensão espiritual.»</p>
Perspectiva de Cura e Salvação	<p>«Se estamos a falar em curar, já estamos a partir do pressuposto que existe uma doença e isso cabe muito mais aos médicos, do que cabe aos psicólogos, sabe?»</p> <p>«Quando a pessoa está doente psicologicamente, um dos aspectos que a define é ela estar fora do real, perdeu a dimensão da realidade e por isso adocece, entra num processo psicótico. Nessa altura a parte espiritual não vai ter... Por vezes é isso a causa da doença, mas isso terá que ser tratado biologicamente primeiro e depois em psicoterapia tentar alguma coisa, numa fase tardia.»</p>	<p>«(...) é radicar completamente esse mal e ficar bem, saudável, curado.»</p>	<p>«Curar é um termo que pode utilizar-se neste âmbito. Na nossa actividade que nós dizemos pastoral, tem a ver com o <i>cuidar de</i>. E portanto, tá aqui um âmbito um bocado alargado. Cuidar de é aproximar-se do outro, sentir os problemas do outro, comungar com ele em muitos sentidos, no sentido de estar próximo e fazer a tal cura que é o tal cuidar no sentido de ajudar a resolver os problemas do outro. (...) Salvar já tem a ver com uma dimensão diferente. Aqui já há uma dimensão teológica, no meu entender a salvação tem uma dimensão teológica. Salvar é resgatar completamente (...)»</p>
Razões de Procura	<p>«As pessoas quando vêm tratar da sua culpa, e isso é um dos aspectos fundamentais, as pessoas chegam cá para serem tratadas com medo ou com a culpa, são duas coisas tremendas do ponto de vista da espiritualidade e que foi utilizado de uma forma, na minha perspectiva, muito agressiva pela igreja católica. É</p>	<p>«No fundo é isso que elas procuram, uma certa paz, uma certa serenidade, ficar bem. Um sentir-se melhor. Melhor neste sentido, quer dizer, temos que ter em conta esta dimensão espiritual para que a pessoa se sinta melhor. Sente-se mais em paz, sente-se</p>	<p>«Da minha experiência, as pessoas o que procuram é uma certa paz, uma certa serenidade, um certo ficar bem com elas, naturalmente, sentir que apesar das contingências da sua vida e da sua situação, e apesar de nessa situação de vida também</p>

	<p>uma construção cultural que tem de se desconstruir sempre que temos uma pessoa que aqui se queixa de medo ou se queixa de culpa, porque o medo base é o medo da existência e a culpa base, já foi dito, está nos cânones, que é a culpa de ter nascido com um pecado. »</p>	<p>alguém que recebeu um certo conforto que não é dessa terapia habitual. Mas é um outro conforto dessa dimensão espiritual.»</p>	<p>sofrer, apesar de tudo isso, querem alguma paz, alguma serenidade, querem ficar sossegadas.»</p>
<p>Direito</p>	<p>-----</p>	<p>«Quanto à legislação, o que conheço é que o doente tem direito a..., não é? Carta dos direitos e deveres do doente e da legislação que preconiza, e o nosso guia de acolhimento e o nosso manual está concebido nisso. E eu acho que até refere que devemos ter pastores em carteira, para dar resposta. Nós não temos nenhum contacto específico das religiões, pelo menos as mais comuns, porque efectivamente, podemos fazer uma pesquisa, mas porque as pessoas referem.»</p>	<p>-----</p>
<p>Reconhecimento</p>	<p>-----</p>	<p>«Para mim é uma pessoa com uma visão muito para a frente, com um horizonte muito vasto. E eu acho que de alguma forma isso é fundamental, é uma pessoa muito de entrega, muito sensível ao estar do outro, mesmo quando se cruza connosco, muito atento, muito bom ouvinte e é uma pessoa muito motivada para os outros. É uma pessoa que, quando fala e quando está, marca a diferença pela positiva. Acho que são características que o fazem um bocadinho diferente do que é habitual nos padres que eu já tenho conhecido.»</p>	<p>«Para ser franco, não vejo que haja esse reconhecimento tácito. Isto é fruto também da competitividade em que estes serviços também incorreram. A necessidade de uma resposta profissional, técnica, competente, adequada, isso absorve tanto as pessoas.»</p> <p>«Eu sei que reconhecem que isto tudo é importante mas falta-lhes tempos e espaços para estabelecerem precisamente esta relação. Não vejo, à partida, que isso seja uma prioridade ou um dos elementos considerados quando se faz a planificação de um trabalho numa unidade de saúde.»</p>
<p>Produção de cuidados</p>	<p>«Não existe aquela programação do modelo clássico, do doente que está à espera e o mais importante é o médico porque é ele que determina quando vê o doente. Este tipo de coisas não existe: aqui temos de atender alguém que tem uma criança pequenina e que chegou meia hora depois porque a</p>	<p>«(...) abordagem multidisciplinar requer vários profissionais, cada um com a sua área específica de intervenção, com as suas sabedorias.»</p> <p>«Há pessoas que nos conseguem verbalizar coisas</p>	<p>«Acho que às vezes que este trabalho que deveria ser feito, não digo que não seja feito, mas os agentes da saúde, naturalmente também estarão despertos para isso, mas deveriam prestar particularmente atenção a esta integração</p>

	<p>criança teve doente e não dormiu toda a noite. Às vezes temos de atender este lado.»</p> <p>«Em termos culturais quando é que a gente chama o Padre? Quando estamos a morrer: - “Chame-me o padre.” –“Ah??”, quer dizer, está a desistir, está a entregar agora... Os médicos não querem que as pessoas se entreguem... Tem um bocado a ideia da extrema-unção e de que o padre vem aí para a fazer. A última esperança... É péssimo, não há últimas esperanças... Tem que haver antes disso. Valia a pena ser um tratamento espiritual mesmo, de virem cá, falar-lhe, não é? Das coisas do seu espírito, do que ele acrescentou ao mundo por ter passado por cá.»</p>	<p>e que nos fazem alguns pedidos de auxílio para encontrar um sentido, para progredir em relação à aceitação da sua situação. Nós temos uma escala de espiritualidade, temos uma escala FACIT. Foi nosso propósito inicial na organização escolher esta escala para a aplicarmos. Depois, por várias contingências, não fizemos um trabalho metódico e sistemático da aplicação da escala. Será um projecto posterior. Primeiro achámos que devíamos começar de uma forma, na organização consistente, fazermos uma avaliação de sintomas é por aí que tudo começa, sistemática e com alguma análise disso e depois evoluirmos para a aplicação sistemática da escala de espiritualidade. De qualquer das formas, às vezes pode ser um bocadinho discutível ou controverso, a facilidade com que se aplica a escala, quem é que da equipa aplica a escala, temos isso em discussão. Ainda não chegámos a uma conclusão por causa das contingências estruturais.»</p>	<p>num espaço diferente, de maneira a que a pessoa não se sentisse tão deslocada.»</p> <p>«Só que às vezes ainda se confunde este trabalho, no caso concreto da assistência religiosa, às vezes confunde-se a missão do capelão, ou daqueles voluntários que com ele colaboram, como estando ali na capela ou na capelania.»</p>
<p>Multidisciplin- riedade</p>	<p>«Nós aqui trabalhamos sempre de uma forma multidisciplinar. Todas as doenças merecem uma abordagem multidisciplinar. Tem sido esse o nosso trabalho e é um aspecto fundamental da psicologia, é conseguir gerir com as outras valências e conseguir criar uma sinergia que seja efectiva e que não seja só aquela ideia que acontece muitas vezes, de não ser multidisciplinar, mas de ser pluridisciplinar, que é o termo mais comum, daquilo que é o paradigma geral de saúde. Este hospital é pluridisciplinar. Mas trabalhar de uma forma multidisciplinar é já uma outra abrangência: é preciso que eu conheça bem o trabalho dos meus outros colegas, para poder referenciar as minhas coisas a eles e esperar que eles referenciem as</p>	<p>«Sim, é a premissa fundamental para nós chegarmos ao doente da forma que ele necessita e conseguirmos ajudá-lo. Se não trabalharmos de forma multidisciplinar é um fiasco completo.»</p>	<p>«Isto implica sobretudo que haja, entre os agentes, uma boa colaboração. Se houver uma boa colaboração entre todos os agentes que prestam os serviços, nunca há invasão de campos e consegue-se fazer. A abordagem multidisciplinar é esta, é a abordagem que integra a pessoa no seu todo.»</p>

	coisas deles a mim, quando é necessário.»		
Atendimento	-----	«E, portanto, é preciso conhecer bem a pessoa que temos aos nossos cuidados, “permitir-lhe” que ela seja um elemento activo no seu processo de cuidados, que nos dá as pistas suficientes para que, depois, consigamos intervir de uma forma ajustada às suas necessidades.»	«É pela conversa nas enfermarias. Não tinha um espaço próprio, nas enfermarias, e às vezes nos corredores, um bocadinho, quando as pessoas queriam uma conversa mais particularizada, é nos próprios corredores.»
Concretização do Serviço	«Faz umas coisas de Natal, mas de resto essa presença, nem nunca o vi, nos casos que são complicados para nós de morte, nunca o vi na infecciologia, nunca o vi...»	«As pessoas têm um primeiro contacto e depois solicitam a continuidade, pelo que me parece que de facto é uma pessoa espiritual por inerência e religioso em segunda instância.»	«Normalmente procuro passar duas ou três vezes por semana. O trabalho, dadas as limitações e capacidades das pessoas, porque muitas vezes até ao nível da comunicação as pessoas já não comunicam pela voz, pelas palavras, já têm dificuldade em falar, comunicam doutra maneira, naturalmente, mas dada essa dificuldade, eu procuro passar por lá no momento até em que me posso encontrar com as famílias.»

Anexo D - Questionário

Este questionário insere-se na investigação de Doutoramento em Sociologia (ISCTE-IUL), intitulada provisoriamente "Espiritualidade em Saúde - Perspectiva Sociológica". O objectivo geral deste questionário é a caracterização das capelanias hospitalares portuguesas. Mais especificamente, queremos compreender a forma como se procede ao acompanhamento espiritual no contexto global da saúde.

Ao conhecermos melhor esta realidade, poderemos certamente melhorar a assistência espiritual e religiosa que prestamos aos doentes que acorrem aos hospitais portugueses. Assim é fundamental a sua colaboração!

As questões colocadas são feitas recorrendo à nomenclatura legal, ou seja, Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER).

1 - Caracterização do respondente

Idade _____ Sexo masculino
 Sexo feminino

2 - Caracterização da Unidade de Saúde

Centro de saúde ou extensão Hospital
 Centro de saúde ou unidade de saúde familiar Centro hospitalar
 Centro regional de alcoologia Maternidade
 Outro, qual _____

3 - Em que administração regional de saúde se situa a unidade a que pertence o seu Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa?

Norte Algarve
 Centro Região Autónoma dos Açores
 Lisboa e Vale do Tejo Região Autónoma da Madeira
 Alentejo

4 - Em que zona da unidade de saúde está situado o SAER?

(Referir se está junto à entrada principal, ou num determinado piso, ou se está dentro ou fora da unidade).

5 - De que forma está sinalizado o SAER?

(Descrever qual o nome que identifica o serviço e em que locais se podem encontrar indicações para lá chegar).

6 - Quantas unidades e serviços o SAER serve?

(Se serve toda a unidade de saúde, diga quantos são os serviços que a compõem).

7 - Que tipo de equipamentos possui?

(Assinalar os equipamentos que estão ao dispor do SAER).

- Capela católica Salas de atendimento em todos os serviços
 Espaço ecuménico Outro, indique qual _____
 Nenhuma estrutura que possa ser utilizada como espaço religioso

8 - Por favor, indique a função do responsável do SAER.

9 - Quantos Capelães fazem parte desta equipa? _____

10 - O SAER tem algum funcionário (assalariado) administrativo ou secretário?

(Indique apenas os que são profissionais remunerados).

11 - Existem outros profissionais no SAER?

(Se sim, indique a sua função).

12 - Quantos Voluntários prestam apoio no SAER? _____

13 - Algum dos voluntários é também profissional de saúde da unidade?

- Não Sim

14 - Quais são as funções dos voluntários?

15 - O Capelão acumula funções com alguma paróquia ou qualquer outro serviço da sua comunidade de fé?

- Não Sim

16 - Qual o tipo de formação que os profissionais do SAER possuem?

- Licenciatura em teologia Licenciatura em ciências religiosas
 Mestrado em _____
 Doutoramento em _____
 Outro tipo de formação, qual _____

17 - Que tipo de serviços presta o SAER?

- Assistência espiritual e religiosa católica
 Assistência espiritual e religiosa permanente de outra confissão, qual _____
 Sacramentos Celebrações
 Outros serviços e actividades, quais _____

18 - De que forma prestam os serviços:

- Visitas não programadas aos serviços
 Visitas diárias submetidas a uma programação prévia (com dias e horas definidas)
 Resposta a solicitações dos doentes, encaminhadas pelos profissionais
 Resposta a solicitações dos familiares dos doentes

19 - Quando fazem visitas, existe alguma zona da unidade de saúde onde não podem ir?

- Não Sim, qual _____

20 - Utilizam algum instrumento de diagnóstico de necessidades espirituais?

- Não Sim, qual _____

21 - Descreva, por favor, que metodologia utiliza na sua abordagem ou acompanhamento ao utente do SAER.

22 - Importância da dimensão espiritual em saúde.

Para afirmações seguintes deverá considerar a seguinte escala: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Indiferente; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
Considero que a dimensão espiritual está sempre presente nas pessoas que contacto, sejam profissionais, doentes e familiares.					
A dimensão religiosa muitas vezes manifesta-se de forma indirecta.					
Considero que, em geral, os profissionais desta unidade de saúde estão atentos à dimensão espiritual dos doentes.					
A assistência espiritual e religiosa é uma das actividades hospitalares mais difíceis de realizar.					

Entendo que a espiritualidade deve vir antes de todos os outros cuidados.					
A assistência espiritual e religiosa é uma das actividades do hospital à qual é dada menor importância.					
A regulamentação das capelanias só veio prejudicar o trabalho que cá se fazia.					
Não importa a religião de quem atendemos					
Há fases da doença em que a assistência espiritual e religiosa deve ser prioritária.					
Temos um serviço verdadeiramente ecuménico.					
A regulamentação das capelanias veio tirar importância à Igreja Católica.					
A formação que os profissionais desta unidade de saúde têm acerca da espiritualidade facilita o meu trabalho.					
O que mais importa às pessoas que atendemos são os ritos e as celebrações.					
Entendo que primeiro estão todos os outros cuidados, só depois vem a espiritualidade.					
É perante a iminência da morte que o nosso papel assume maior relevância.					
	1	2	3	4	5

23 - Quantas vezes encaminhou um doente para uma outra confissão religiosa?

No último mês _____ No último ano _____

24 - Para que religião é mais frequente encaminhar doentes ou utentes da unidade de saúde? (Refira apenas uma por favor)

25 - O serviço religioso disponibiliza informação acerca de outras religiões?

Não Sim

Se sim, que tipo de informação? _____

26 - O SAER mantém articulações com as comunidades de fé (paróquias ou outras)?

Durante o internamento

Quando o doente tem alta

Depois do internamento

27 - De que forma essa articulação é realizada?

28 - Na sua perspectiva, quais são os contributos reais da assistência espiritual e religiosa na dinâmica da Unidade de saúde ou das equipas multidisciplinares?

29 - Quantas vezes o SAER foi chamado a participar numa reunião de equipa multidisciplinar?

No último mês _____ No último ano _____

30 - Para que equipas foi chamado?

31 - Na sua perspectiva, qual foi a influencia real da regulamentação na estruturação do serviço de assistência espiritual e religiosa?

32 - Depois da regulamentação, o que é que efectivamente mudou no SAER?

33 - Como seria para si o serviço de assistência espiritual e religiosa ideal?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo E – Instrumentos de Diagnóstico Espiritual

Diagnóstico espiritual / religioso – Bem-estar

Nome:

Idade:

Doença:

FACIT-Sp-Ex (VERSÃO 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver.....	0	1	2	3	4
Sp3	A minha vida tem sido produtiva.....	0	1	2	3	4
Sp4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp5	Sinto que a minha vida tem um propósito.....	0	1	2	3	4
Sp6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a).....	0	1	2	3	4
Sp7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	0	1	2	3	4
Sp13	Sinto-me ligado(a) com um poder mais alto (ou com Deus)	0	1	2	3	4
Sp14	Sinto-me ligado(a) aos outros	0	1	2	3	4
Sp15	Sinto-me amado(a).....	0	1	2	3	4
Sp16	Sinto amor pelos outros	0	1	2	3	4
Sp17	Sou capaz de perdoar os outros pelo mal que me fizeram	0	1	2	3	4
Sp18	Sinto-me perdoado(a) pelo mal que possa ter causado	0	1	2	3	4
Sp19	Ao longo do dia sinto-me agradecido(a) pela minha vida	0	1	2	3	4
Sp20	Ao longo do dia, sinto-me agradecido(a) por aquilo que os outros trazem à minha vida.	0	1	2	3	4
Sp21	Sinto-me com esperança	0	1	2	3	4
Sp22	Sinto-me tocado(a) pela beleza da natureza.....	0	1	2	3	4
Sp23	Sinto compaixão pelos outros nas dificuldades que eles estão enfrentando	0	1	2	3	4

Assinatura de quem faz as questões:

Data:

FACIT-Sp-Ex Scoring Guidelines (Version 4) – Page 1

<u>Subescala</u>	<u>Item</u>	<u>Reversão</u>	<u>Valor de Resposta</u>	<u>Score</u>
Sentido/Paz	Sp1	0 +	_____	= _____
	Sp2	0 +	_____	= _____
	Sp3	0 +	_____	= _____
	Sp4	4 -	_____	= _____
	Sp5	0 +	_____	= _____
	Sp6	0 +	_____	= _____
	Sp7	0 +	_____	= _____
	Sp8	4 -	_____	= _____

Intervalo: 0-32

Soma individual dos scores: _____

Multiplicar por 8: _____

Dividir pelo total de respostas dadas : _____ = **Score Sentido/Paz**

<u>Subescala</u>	<u>Item</u>	<u>Reversão</u>	<u>Valor de Resposta</u>	<u>Score</u>
Fé	Sp9	0 +	_____	= _____
	Sp10	0 +	_____	= _____
	Sp11	0 +	_____	= _____
	Sp12	0 +	_____	= _____

Intervalo: 0-16

Soma individual dos scores: _____

Multiplicar por 4: _____

Dividir pelo total de respostas dadas: _____ = **Score Fé**

Para obter o score parcial Sp12:

Intervalo: 0-48

$$\frac{\text{_____}}{(\text{Score Sentido/Paz})} + \frac{\text{_____}}{(\text{Score Fé})} = \text{_____} = \text{Sp12 score parcial}$$

Para obter o score total SP-Ex:

<u>Subescala</u>	<u>Item</u>	<u>Reversão</u>	<u>Valor de Resposta</u>	<u>Score</u>
SUBESCALA	Sp1	0 +	_____	= _____
EXPANDIDA	Sp2	0 +	_____	= _____
DE BEM-ESTAR	Sp3	0 +	_____	= _____
ESPIRITUAL	Sp4	4 -	_____	= _____
(Sp-ExS)+	Sp5	0 +	_____	= _____
Intervalo: 0-92	Sp6	0 +	_____	= _____
	Sp7	0 +	_____	= _____
	Sp8	4 -	_____	= _____
	Sp9	0 +	_____	= _____
	Sp10	0 +	_____	= _____
	Sp11	0 +	_____	= _____
	Sp12	0 +	_____	= _____
	Sp13	0 +	_____	= _____
	Sp14	0 +	_____	= _____
	Sp15	0 +	_____	= _____
	Sp16	0 +	_____	= _____
	Sp17	0 +	_____	= _____
	Sp18	0 +	_____	= _____
	Sp19	0 +	_____	= _____
	Sp20	0 +	_____	= _____
	Sp21	0 +	_____	= _____
	Sp22	0 +	_____	= _____
	Sp23	0 +	_____	= _____

Soma individual dos scores: _____

Multiplicar por 23: _____

Dividir pelo total de respostas dadas: _____ = **Score Escala Sp-Ex**

Inventário da vida religiosa (Batson & Schoenrade, 1991)

Por favor, assinale o valor que indica o quanto concorda ou discorda com a frase proposta.

Use a numeração conforme indicada abaixo. Não existem respostas certas ou erradas. Isto é uma amostra das suas crenças e atitudes. Obrigado.

	1 Concordo vivamente	2 Concordo moderadamente	3 Concordo ligeiramente	4 Nem concordo nem discordo	5 Discordo ligeiramente	6 Discordo Moderadamente	7 Discordo vivamente				
					1	2	3	4	5	6	7
1.	Empenho-me fortemente para que a minha religião faça parte de todos os aspectos da minha vida.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Frequentemente sinto a presença subtil de Deus ou de um ser divino				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Aa minhas crenças religiosas são a base da minha maneira de viver				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Para mim é importante despende de algum tempo para, sozinho pensar em Deus ou meditar				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Se não for impedido por circunstâncias inadiáveis, rezo com regularidade				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	A religião é importante para mim porque responde a muitas das minhas questões acerca do sentido da vida				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Leio publicações acerca da minha fé.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Não interessam as minhas crenças desde que tenha uma vida moralmente correcta				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Apesar da minha crença religiosa, sinto que há muitas outras coisas importantes na vida.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Se me juntar a algum grupo da minha religião, prefiro um grupo de reflexão mais do que um grupo de convívio				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Preocupam-me as dúvidas religiosas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	A razão principal do meu interesse na religião é o				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

facto de oferecer actividades sociais agradáveis	
13.	Uma das razões para pertencer a um grupo religioso é que ele ajuda-me a estabelecer-me como indivíduo na comunidade.
14.	Rezo principalmente porque fui ensinado a rezar
15.	O sentido da oração é assegurar uma vida segura e feliz
16.	Ocasionalmente sinto necessidade de comprometer a minha vida religiosa para garantir o meu bem-estar económico e social
17.	Apesar de me considerar religioso, recuso-me deixar que a religião afecte a minha vida
18.	O que a religião mais me oferece é conforto quando as tristezas ou as vicissitudes da vida aparecem
19.	O objectivo principal da religião é conseguir alívio e protecção
20.	A minha igreja é o local mais importante para conseguir boas relações sociais
21.	Deus só passou a ser importante para mim quando comecei a questionar-me sobre o sentido da vida
22.	Coloco constantemente em causa as minhas crenças religiosas
23.	Em alguns aspectos religiosos tenho um pensamento diferente
24.	Para mim a dúvida é uma parte importante do que é ser religioso
25.	A minha experiência de vida fez-me questionar as minhas convicções religiosas
26.	Pode dizer-se que valorizo as minhas dúvidas e incertezas religiosas
27.	Conforme cresço e mudo, espero que a minha religião cresça e mude

28.	Tenho sido levado a questionar a minha religião a partir de um entendimento crescente das tensões no meu mundo e na minha relação com o mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Nunca estive muito interessado na religião até começar a questionar-me acerca do sentido da vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	O questionamento é mais central na experiência religiosa do que as respostas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Não espero que as minhas convicções religiosas mudem nos próximos anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário HOPE para uma avaliação formal da espiritualidade durante uma consulta médica

H: Fontes de esperança (**hope**), sentido, conforto, força, paz, amor e relação

O: **Religião** Organizada

P: **Espiritualidade** Pessoal e práticas

E: Efeitos nos cuidados médicos e aspectos do fim de vida

Exemplos de Questões para a abordagem HOPE de avaliação espiritual

H: Fontes de esperança (**hope**), sentido, conforto, força, paz, amor e relação

Estivemos a falar do seu sistema de apoios. Gostaria de saber o que é que na sua vida lhe dá apoio interno?

Onde vai procurar as suas razões de esperança, força, conforto e paz?

Em que é que se apoia nos momentos difíceis?

O que o motiva a avançar?

Para algumas pessoas as suas convicções espirituais e religiosas actuam como fonte de conforto e força para lidar com os altos e baixos da vida; é assim para si?

Se a resposta é “Sim”, continuar com as questões O e P.

Se a resposta é “Não”, considere perguntar o seguinte: Mas foi alguma vez? Se a resposta for “Sim”, pergunte: O que mudou?

O: **Religião** Organizada

Considera-se parte de alguma religião?

Quanto é que isso é importante para si?

Que aspectos da sua religião a ajudam e que outros não ajudam?

Faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Isso ajuda-o? Como?

P: **Espiritualidade** Pessoal / práticas

Tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião? Qual é?

Acredita em Deus? Que tipo de relação tem com Deus?

Que aspecto da sua espiritualidade, ou práticas espirituais, considera que o ajudam mais? (ex: rezar, meditar, ler a bíblia ou textos religiosos, participar em celebrações religiosas, ouvir música, caminhar, usufruir da natureza)

E: Efeitos nos cuidados médicos e aspectos do fim de vida

Estar doente (ou a situação em que se encontra) afecta a sua capacidade de fazer as coisas que o ajudam espiritualmente? (Ou afecta a sua relação com Deus?)

Como médico (ou outra função), há alguma coisa que eu possa fazer no sentido de o ajudar a conseguir fazer as coisas que habitualmente o ajudam?

Tem algum conflito entre as suas crenças e a sua situação médica/de cuidado/decisões tomadas?

Seria importante falar com o capelão/com o seu líder espiritual?

Há alguma restrição espiritual ou religiosa específica que eu deva considerar nos seus cuidados médicos? (ex. Restrições alimentares, uso de sangue e derivados)

Se o paciente estiver a falecer: As suas crenças exigem algum aspecto especial do cuidado médico que lhe será administrado nos próximos dias/semanas/meses?

**Questionário de Importância da Fé Religiosa da Universidade de Santa Clara
(SCSRFQ) - Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire**

Referencia: Plante, T.G., & Boccaccini, M. (1997). **The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire**. *Pastoral Psychology*, 45, 375-387

(Por favor, responda às seguintes questões acerca da sua fé religiosa, usando a escala indicada abaixo)

Indique o nível de concordância (ou discordância) para cada frase.

1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Concordo; 4 = Concordo Totalmente.

- _____ 1. A minha fé é extremamente importante para mim.
- _____ 2. Rezo diariamente.
- _____ 3. Para mim a fé é uma fonte de inspiração.
- _____ 4. A fé dá sentido e propósito à minha vida.
- _____ 5. Considero-me uma pessoa activa na minha comunidade de fé.
- _____ 6. A minha fé é uma parte importante de mim enquanto pessoa.
- _____ 7. A minha relação com Deus é extremamente importante para mim.
- _____ 8. Gosto de estar com outros que partilham a mesma crença que eu.
- _____ 9. A minha crença e fé é fonte de conforto.
- _____ 10. A minha fé implica muitas das minhas decisões.

ESCALA DE JAREL (BEM-ESTAR ESPIRITUAL) ¹

(Assinalar com uma cruz)

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem Discordo nem Concordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo Totalmente)

	1	2	3	4	5
1 - A oração é uma parte importante da minha vida.					
2 - Creio que tenho bem-estar espiritual.					
3 - À medida que envelheço, vou-me tornando mais tolerante em relação às outras crenças.					
4 - Encontro um significado e uma finalidade para a minha vida.					
5 - Acho que existe uma relação profunda entre as minhas convicções religiosas e aquilo que faço.					
6 - Acredito que há uma vida para além desta.					
7 - Quando estou doente tenho menos bem-estar espiritual.					
8 - Acredito num poder superior.					
9 - Sou capaz de receber amor e de o dar aos outros.					
10 - Estou satisfeito com a minha vida.					
11 - Estabeleço metas para mim mesmo.					
12 - Deus tem pouco significado na minha vida.					
13 - Estou satisfeito com o modo como estou a usar as minhas capacidades.					
14 - A oração não me ajuda a tomar decisões.					
15 - Sou capaz de valorizar as diferenças nos outros.					
16 - Sou bastante bem organizado.					
17 - Prefiro que os outros tomem as decisões por mim.					
18 - Custa-me perdoar aos outros.					
19 - Aceito as situações que acontecem na minha vida.					
20 - Acreditar num Ser superior não faz parte da minha vida.					
21 - Não posso aceitar que haja mudanças na minha vida.					

¹ KOZIER, B., G., BERMAN, A., ZINDER, S., *Fundamentos de Enfermeria II*. Madrid 2005.

Anexo F - Outputs do Nvivo

10 palavras mais usadas por entrevista e por questão.

POR ENTREVISTAS

E1 - Capelão de hospital universitário

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Doente	26	2,90
Pessoa	24	2,68
Sentido	22	2,45
Espiritualidade	12	1,34
Hospital	10	1,11
Necessidades	10	1,11
Espiritual	8	0,89
Obstáculos	8	0,89
Serviço	8	0,89
Religião	7	0,78

E2 - Médica responsável pelo serviço de urgência de hospital (zona urbana)

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoas	37	2,77
Doentes	26	1,94
Formação	9	0,67
Curar	8	0,60
Família	8	0,60
Morte	8	0,60
Espiritualidade	7	0,52
Gente	7	0,52
Doenças	6	0,45
Equipa	6	0,45

E3 - Capelão de hospital psiquiátrico (monovalência)

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoa	30	4,46
Doentes	11	1,64
Capelão	9	1,34
Sufrimento	7	1,04
Doença	6	0,89
Família	6	0,89
Profissionais	6	0,89
Saúde	6	0,89
Hospital	5	0,74
Ajudar	4	0,60

E4 - Assistente espiritual sexo feminino

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoa	20	2,50
Doente	11	1,38
Religião	10	1,25
Serviço	9	1,13
Curar	8	1,00
Enfermeiros	6	0,75
Espiritualidade	6	0,75
Intervenção	6	0,75
Sentido	6	0,75
Espiritual	5	0,63

E5 - Administradora de hospital psiquiátrico (monovalência)

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Equipas	14	2,06
Diferentes	11	1,62
Pessoas	10	1,47
Doentes	8	1,18
Dimensões	7	1,03
Relação	7	1,03
Serviços	7	1,03
Visibilidade	7	1,03
Profissionais	6	0,88
Sentido	6	0,88
Dimensão	5	0,74

E6 - Gestora de hospital distrital polivalente

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Doente	9	3,45
Pessoas	6	2,30
Capelão	4	1,53
Profissionais	4	1,53
Religião	4	1,53
Saúde	4	1,53
Administração	3	1,15
Oncologia	3	1,15
Cuidados	2	0,77
Custos	2	0,77

E7 - Médico

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoas	23	4,21
Difícil	10	1,83
Abordagem	8	1,47
Doença	7	1,28
Psicólogos	5	0,92
Saber	5	0,92
Valores	5	0,92
Ajuda	4	0,73
Curar	4	0,73
Doente	4	0,73

E8 - Médico responsável por unidade de cuidados intensivos

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoas	29	3,60
Doente	7	0,87
Diferente	6	0,74
Humano	5	0,62
Melhorar	5	0,62
Olhar	5	0,62
Curar	4	0,50
Equipa	4	0,50
Espiritualidade	4	0,50
Eternidade	4	0,50

E9 - Capelão de hospital distrital polivalente

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoa	24	2,64
Doente	18	1,98
Presença	11	1,21
Espiritual	10	1,10
Religiosa	10	1,10
Palavra	9	0,99
Morte	8	0,88
Realidade	8	0,88
Doença	6	0,66
Hospital	6	0,66

E10 - Enfermeira

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Doente	38	2,92
Pessoa	34	2,62
Processo	19	1,46
Doença	14	1,08
Família	12	0,92
Enfermeiro	11	0,85
Espiritualidade	11	0,85
Profissionais	10	0,77
Crenças	9	0,69
Espiritual	9	0,69

E11 - Psicólogo hospitalar

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoas	75	3,76
Ideia	19	0,95
Trabalho	17	0,85
Doente	16	0,80
Culpa	15	0,75
Importante	14	0,70
Espiritual	13	0,65
Problema	13	0,65
Sentido	12	0,60
Doença	11	0,55

E12 - Enfermeira responsável por unidade de cuidados paliativos

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoa	60	5,89
Equipa	16	1,57
Sufrimento	12	1,18
Espiritualidade	11	1,08
Doente	10	0,98
Espiritual	9	0,88
Cuidados	8	0,79
Doença	7	0,69
Religioso	7	0,69
Apoio	6	0,59

E13 - Capelão de centro de saúde com valência de internamento

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Pessoa	33	4,63
Dimensão	15	2,10
Serviço	13	1,82
Lugar	8	1,12
Saúde	8	1,12
Sentido	8	1,12
Campo	5	0,70
Relação	5	0,70
Situação	5	0,70
Abordagem	4	0,56

POR QUESTÃO
Capelães

1 - O que significa para si “Curar”?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Curar	12	7,06
Pessoa	9	5,29
Cuidar	7	4,12
Sentido	6	3,53
Problema	4	2,35
Vida	4	2,35
Doente	3	1,76
Sarar	3	1,76
Causa	2	1,18
Cura	2	1,18

2 - O que significa para si “Salvar”?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Salvar	10	5,38
Deus	7	3,76
Sentido	7	3,76
Salvação	5	2,69
Palavra	4	2,15
Pessoa	4	2,15
Vida	4	2,15
Condição	3	1,61
Dimensão	3	1,61
Divina	3	1,61

3 - O que é para si espiritualidade?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Vida	11	4,62
Espiritualidade	10	4,20
Pessoa	10	4,20
Dimensão	5	2,10
Religiosa	4	1,68
Sentido	4	1,68
Humana	3	1,26
Deus	3	1,26
Relação	3	1,26
Religião	3	1,26

4 - O que é que as pessoas procuram quando recorrem a este serviço?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	12	4,24
Doentes	6	2,12
Religião	6	2,12
Religiosos	5	1,77
Capelão	4	1,41
Espiritual	4	1,41
Espiritualidade	4	1,41
Vida	4	1,41
Conforto	3	1,06
Conversar	3	1,06

5 - O que é que é mais importante fazer, durante um internamento hospitalar, para influenciar o estado de saúde ou a recuperação do doente?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoa	14	5,69
Lugar	8	3,25
Ansiedade	4	1,63
Doente	4	1,63
Saúde	4	1,63
Vida	3	1,22
Agentes	2	0,81
Ambiente	2	0,81
Compensado	2	0,81
Componente	2	0,81

6 - Em que fase da doença considera mais pertinente a intervenção ao nível da dimensão espiritual?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Doença	6	3,70
Apresentar	4	2,47
Palavra	4	2,47
Serviço	4	2,47
Acolhimento	3	1,85
Diagnóstico	3	1,85
Doente	3	1,85
Momentos	3	1,85
Pessoa	3	1,85
Vida	3	1,85

7 - Para si, o que significa a abordagem multidisciplinar de cuidados?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoa	11	3,46
Sentido	7	2,20
Multidisciplinar	6	1,89
Abordagem	5	1,57
Agentes	4	1,26
Doente	4	1,26
Equipa	4	1,26
Religiosa	4	1,26
Fazemos	3	0,94
Médicos	3	0,94

8 - Reconhece que neste hospital as equipas de saúde têm uma abordagem de cuidados multidisciplinar? Em que medida?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	13	4,81
Saúde	9	3,33
Doente	5	1,85
Profissionais	5	1,85
Dificuldade	4	1,48
Enfermeiros	4	1,48
Tempo	4	1,48
Directamente	3	1,11
Espiritual	3	1,11
Famílias	3	1,11

9 - Como caracterizaria o SAER?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Serviço	10	4,57
Pessoas	9	4,11
Doentes	7	3,20
Presença	5	2,28
Aberto	4	1,83
Católico	4	1,83
Hospital	4	1,83
Profissionais	4	1,83
Atento	3	1,37
Espiritual	3	1,37

10 - Que contributo pode o SAER dar ao hospital?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Doente	10	4,69
Serviço	10	4,69
Família	7	3,29
Pessoas	5	2,35
Assistência	3	1,41
Dimensão	3	1,41
Espiritual	3	1,41
Hospitais	3	1,41
Religioso	3	1,41
Sentido	3	1,41

11 - Como é que o SAER responde às necessidades espirituais expressas pelos doentes?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Doentes	9	4,19
Necessidades	6	2,79
Pessoas	6	2,79
Celebração	2	0,93
Comunhão	2	0,93
Confessar	2	0,93
Conversa	2	0,93
Corredores	2	0,93
Discurso	2	0,93
Enfermarias	2	0,93

12 - Considera que este serviço é reconhecido pelas equipas? Em que medida?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Doente	8	4,21
Obstáculo	6	3,16
Pessoas	5	2,63
Religiosa	5	2,63
Serviços	5	2,63
Hospital	4	2,11
Assistência	4	2,11
Direito	4	2,11
Espiritual	4	2,11
Eficiência	3	1,58

13 - Identifica algum obstáculo ao reconhecimento deste serviço pelo restante hospital? E fora do hospital (comunidades religiosas ou outros)?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Hospital	5	2,28
Obstáculos	5	2,28
Comunidades	4	1,83
Pessoas	4	1,83
Serviço	4	1,83
Estranho	3	1,37
Problema	3	1,37
Admirado	2	0,91
Assistência	2	0,91
Capelania	2	0,91

CASO 1

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Religião	6	3,64
Poderia	4	2,42
Capelão	3	1,82
Pessoa	3	1,82
Abordagem	2	1,21
Ajudar	2	1,21
Corpo	2	1,21
Cuidar	2	1,21
Escritura	2	1,21
Espiritualidade	2	1,21

CASO 2

Palavra	Contagem	Porcentagem Ponderada (%)
Pessoa	7	3,80
Problema	5	2,72
Sufrimento	4	2,17
Doente	3	1,63
Encarnação	3	1,63
Ajudar	2	1,09
Capelão	2	1,09
Consenso	2	1,09
Delírio	2	1,09
Discurso	2	1,09

CASO 3

Palavra	Contagem	Porcentagem Ponderada (%)
Deus	16	5,48
Ideia	6	2,05
Pessoa	5	1,71
Vida	5	1,71
Culpabilidade	4	1,37
Filha	4	1,37
Situação	4	1,37
Filho	3	1,03
Homens	3	1,03
Morte	3	1,03

CASO 4

Palavra	Contagem	Porcentagem Ponderada (%)
Deus	13	3,77
Pessoas	11	3,19
Castigo	6	1,74
Sentido	6	1,74
Culpabilidade	4	1,16
Vida	4	1,16
Comportamentos	3	0,87
Doentes	3	0,87
Doença	3	0,87
Pecado	3	0,87

POR QUESTÃO
Profissionais de Saúde

1 - O que significa para si “Curar”?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Curar	19	3,82
Pessoa	7	1,39
Doente	7	1,39
Processo	6	1,19
Doença	5	0,99
Normal	5	0,99
Saúde	5	0,99
Sufrimento	4	0,79
Tratamento	3	0,68
Diagnóstico	3	0,68

2 - Para si, o que significa a abordagem multidisciplinar de cuidados?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Multidisciplinar	17	3,46
Abordagem	11	2,24
Doente	9	1,83
Pessoa	8	1,63
Trabalho	7	1,43
Equipa	6	1,22
Profissionais	6	1,22
Especialidades	5	1,02
Processo	5	1,02
Tratamento	5	1,02

3 - Considera que a sua equipa (quem a constitui e quem a gere) tem uma abordagem de cuidados multidisciplinar? Em que medida?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	19	3,77
Nós	9	1,79
Médico	8	1,59
Trabalho	8	1,59
Enfermeiro	7	1,39
Equipas	6	1,19
Doente	6	1,19
Fazemos	5	0,99
Diferentes	4	0,79
Tempo	4	0,79

4 - O que é que é mais importante fazer, durante um internamento hospitalar, para influenciar o estado de saúde ou a recuperação do doente?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	20	4,13
Doente	16	3,31
Relação	10	2,07
Equipa	6	1,24
Resposta	6	1,24
Sintomas	5	1,03
Poder	4	0,83
Serviço	4	0,83
Tempo	4	0,83
Trabalho	4	0,83

5 - O que é para si espiritualidade? Que aspectos articula com a espiritualidade? (Com a cultura? Direitos? Com a expressão exaltada da consciência de si? Com a cidadania?)

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Espiritualidade	24	5,96
Pessoas	16	3,97
Presente	6	1,49
Sentido	6	1,49
Direito	5	1,24
Vida	5	1,24
Algo	4	0,99
Competência	3	0,74
Creio	3	0,74
Cultura	3	0,74

6 - Como identifica as necessidades espirituais dos doentes? De que forma faz e que instrumentos são usados?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	16	6,27
Escala	7	2,75
Equipas	3	1,18
Capelão	3	1,18
Espiritualidade	3	1,18
Familiar	3	1,18
Doente	2	0,78
Ensina	2	0,78
Escola	2	0,78
Espaço	2	0,78

7 - Como é que a sua equipa responde às necessidades espirituais expressas pelos doentes?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	14	3,01
Formação	10	2,15
Equipa	9	1,94
Doente	7	1,51
Crianças	5	1,08
Cuidados	5	1,08
Qualidade	4	0,86
Saúde	4	0,86
Valores	4	0,86
Crenças	3	0,65

8 - Considera que a sua equipa tem formação suficiente para promover uma resposta às necessidades espirituais? Se não, quais os conhecimentos que faltam? Em que situações de doença sente mais essa falta?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	8	3,20
Capelão	7	2,80
Espiritual	4	1,60
Padres	4	1,60
Psicólogos	4	1,60
Doente	3	1,20
Equipa	3	1,20
Famílias	3	1,20
Profissionais	3	1,20
Saúde	3	1,20

9 - Quais lhe parecem ser os profissionais mais habilitados a dar essa resposta? Que competências eles devem deter?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	22	5,12
Doença	11	2,56
Doentes	10	2,33
Sufrimento	10	2,33
Espiritual	5	1,16
Espiritualidade	4	0,93
Família	4	0,93
Vida	4	0,93
Intervenção	3	0,70
Morte	3	0,70

10 - Em que fase da doença considera mais pertinente a intervenção da dimensão espiritual?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	19	4,92
Doença	15	3,89
Situações	11	2,85
Vida	10	2,59
Doentes	9	2,33
Processo	8	2,07
Oncologia	4	1,04
Acidente	3	0,78
Agudas	3	0,78
Morrer	3	0,78

11 - Quais as doenças que considera necessitarem de mais resposta às necessidades espirituais? Porquê?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoa	9	2,33
Doente	6	1,55
Católicos	5	1,30
Capelão	4	1,04
Religiosa	4	1,04
Barreira	3	0,78
Complicada	3	0,78
Crenças	3	0,78
Difícil	3	0,78
Equipas	3	0,78

12 - Como reconhece a presença de diferentes confissões religiosas? Que valor lhes atribui? Quem as deve representar nos serviços de saúde?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	9	4,50
Regulamento	7	3,50
Legislação	6	3,00
Doente	5	2,50
Direito	3	1,50
Religiosas	3	1,50
Religiões	3	1,50
Administração	2	1,00
Auxílio	2	1,00
Documentados	2	1,00

13 - Conhece o regulamento do SAER deste hospital? Sabe que existe legislação específica para o SAER

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoa	14	4,86
Capelão	6	2,08
Serviço	6	2,08
Religioso	4	1,39
Hospital	3	1,04
Padre	3	1,04
Presença	3	1,04
Actividade	2	0,69
Apaziguador	2	0,69
Comunhão	2	0,69

14 - Como caracterizaria o SAER deste hospital?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Pessoas	29	5,25
Doente	11	1,99
Problema	6	1,09
Religiosa	6	1,09
Serviço	6	1,09
Valor	6	1,09
Visibilidade	6	1,09
Médicos	4	0,72
Deuses	3	0,54
Espiritual	3	0,54

15 - Que contributos o SAER pode dar ao hospital?

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Vida	12	4,10
Diagnóstico	5	1,71
Pessoas	5	1,71
Cancro	4	1,37
Doença	4	1,37
Culpa	3	1,02
Morte	3	1,02
Sentido	3	1,02
Aceitar	2	0,68
Atitude	2	0,68

CASO 1

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Vida	12	4,10
Diagnóstico	5	1,71
Pessoas	5	1,71
Cancro	4	1,37
Doença	4	1,37
Culpa	3	1,02
Legado	3	1,02
Morte	3	1,02
Saber	3	1,02
Sentido	3	1,02

CASO 2

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Deus	9	3,15
Pessoa	7	2,45
Natureza	5	1,75
Lidar	4	1,40
Vida	4	1,40
Acreditamos	3	1,05
Porquê	3	1,05
Aceitar	2	0,70
Comunicação	2	0,70
Conforto	2	0,70

CASO 3

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Padre	5	3,50
Castigo	3	2,10
Abordagem	2	1,40
Católica	2	1,40
Encaminhamento	2	1,40
Infância	2	1,40
Psicólogo	2	1,40
Saúde	2	1,40
Situação	2	1,40
Tentar	2	1,40

CASO 4

Palavra	Contagem	Percentagem Ponderada (%)
Culpa	7	3,21
Comportamentos	6	2,75
Espiritual	6	2,75
Doença	5	2,29
Pessoa	4	1,83
Abordagem	3	1,38
Equipa	3	1,38
Indivíduo	3	1,38
Deus	2	0,92
Informação	2	0,92

Anexo G – Resultados da correlação entre as palavras presentes nas entrevistas

Capelães_correlação entre palavras

Entrevistas A	Entrevistas B	Coefficiente de correlação de Pearson
E9	E1	0,426927
E9	E3	0,417716
E3	E1	0,406285
E4	E1	0,398456
E3	E1	0,396693
E9	E4	0,380536
E4	E3	0,371463
E1	E1	0,367219
E9	E1	0,338939
E4	E1	0,312139

Profissionais de Saúde_correlação entre palavras

Entrevistas A	Entrevistas B	Coefficiente de correlação de Pearson
E2	E11	0,578953
E12	E11	0,543013
E2	E12	0,495342
E12	E10	0,494238
E8	E2	0,487008
E7	E11	0,47941
E11	E10	0,46776
E8	E11	0,46553
E2	E10	0,445636
E8	E12	0,444451
E7	E12	0,437025
E7	E2	0,4314
E6	E10	0,399964
E8	E10	0,372284
E7	E10	0,369199
E8	E7	0,365287
E5	E11	0,35894
E6	E11	0,352147
E5	E10	0,34576
E5	E2	0,336771
E6	E1	0,315108
E6	E2	0,304135
E5	E12	0,288617
E8	E5	0,286642
E7	E5	0,246512
E8	E6	0,238441
E7	E6	0,232672
E6	E5	0,226191

Anexo H – Resultados da correlação entre a semelhança de codificação

Entrevistas A	Entrevistas B	Coeficiente de Jaccard
E2	E10	0,628571
E3	E1	0,594595
E7	E1	0,588235
E8	E7	0,586207
E1	E10	0,564103
E13	E10	0,552632
E13	E11	0,552632
E6	E5	0,545455
E7	E4	0,542857
E2	E10	0,540541
E11	E10	0,538462
E9	E1	0,527778
E2	E1	0,526316
E8	E10	0,514286
E4	E3	0,512821
E1	E13	0,5
E3	E12	0,5
E5	E3	0,5
E7	E3	0,5
E8	E3	0,5
E8	E13	0,485714
E4	E1	0,47619
E12	E10	0,475
E12	E11	0,475
E2	E13	0,473684
E7	E11	0,472222
E7	E2	0,470588
E8	E2	0,470588
E9	E8	0,46875
E1	E12	0,463415
E4	E12	0,463415
E4	E13	0,463415
E8	E1	0,459459
E9	E2	0,457143
E1	E11	0,452381
E4	E11	0,452381
E9	E4	0,447368
E7	E12	0,444444
E9	E3	0,444444
E5	E12	0,4375
E2	E12	0,435897
E7	E10	0,432432
E9	E13	0,432432
E7	E6	0,428571
E8	E6	0,428571

E6	E10	0,424242
E9	E7	0,424242
E8	E4	0,421053
E9	E10	0,421053
E5	E2	0,419355
E6	E2	0,419355
E3	E11	0,414634
E3	E2	0,410256
E6	E3	0,40625
E7	E13	0,405405
E6	E12	0,393939
E3	E13	0,390244
E3	E10	0,380952
E7	E5	0,37931
E6	E1	0,371429
E8	E12	0,368421
E8	E11	0,358974
E6	E13	0,352941
E9	E11	0,35
E13	E12	0,348837
E4	E2	0,348837
E6	E11	0,342857
E5	E1	0,333333
E4	E10	0,326087
E5	E10	0,305556
E5	E11	0,305556
E5	E4	0,297297
E9	E12	0,292683
E8	E5	0,290323
E5	E13	0,277778
E6	E4	0,263158
E9	E6	0,242424
E9	E5	0,205882

CURRICULUM VITAE

INFORMAÇÃO PESSOAL	
Nome	Amaral, Susana de Jesus Morais Queiroga Ferreira
Morada	Rua Baldaque da Silva, nº 8 – 3º DTO, 1500-671 Lisboa, Portugal
Telefone	212 425 738
Telemóvel	965 070 225 / 968 515 047
Correio electrónico	susana.queiroga@gmail.com
Nacionalidade	Portuguesa
Data de nascimento	9 de Dezembro de 1972
Sexo	Feminino
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
1 de Outubro de 2001 até ao presente	Assessora de Direcção
Função ou cargo ocupado	Pastoral da Saúde e Animação e Responsável do Núcleo de Voluntariado (desde 2004)
Principais actividades e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento e organização dos Serviços de Assistência Espiritual e Religiosa dos Estabelecimentos do Instituto S. João de Deus; - Gestão de Voluntários; - Fez parte do Conselho de Direcção da Residência S. João de Ávila entre Setembro de 2007 e Maio de 2010. - Membro da Comissão de Ética, acrescida de funções de secretariado da comissão; - Membro do Conselho de Redacção da Revista Hospitalidade; - Membro do Conselho Geral da Ordem Hospitaleira em Roma entre Abril de 2007 e Maio de 2012; - Participou na organização dos eventos comemorativos e formativos, promovidos pelo ISJD (desde 1999) e no I Congresso Português de Voluntariado (organizado pela CPV); - Formadora certificada; - Representa o Instituto S. João de Deus na Vice-presidência da Confederação Portuguesa do Voluntariado (CPV), na Comissão Nacional de Voluntariado em Saúde e na Comissão Nacional de Pastoral da Saúde; - Representante do Instituto S. João de Deus no Gabinete Europa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus - Moderadora do LXVIII Capítulo Geral da Ordem Hospitaleira de S. João Deus (Assembleia internacional, o Capítulo Geral é o órgão máximo desta ordem religiosa). - Membro da Comissão Geral de Pastoral da Ordem Hospitaleira em Roma desde Setembro de 2013 até ao presente;
Nome do empregador	Instituto S. João de Deus
Tipo de empresa ou sector	IPSS do sector social e da saúde (psiquiatria e saúde mental)
Abril de 1997 até Julho 2005	Docente de Sociologia
Função ou cargo ocupado	Professor Auxiliar Adjunto
Principais actividades e	Concretização dos planos de estudos através do planeamento e realização

responsabilidades	da componente lectiva da disciplina de Sociologia, nas vertentes Geral, da Saúde e das Religiões. Elaboração das avaliações correspondentes.
Nome do empregador	Escola Superior de Enfermagem de Santarém
Tipo de empresa ou sector	Ensino Superior
Outubro de 1994 até Julho 2001	Docente de Animação Sócio-Cultural
Função ou cargo ocupado	Formador
Principais actividades e responsabilidades	Concretização dos planos de estudos através do planeamento e realização da componente lectiva da disciplina de Animação Sócio-Cultural e Área de Estudos da Comunidade. Elaboração das avaliações correspondentes. Enquadradora e orientadora dos estágios profissionais do curso de Animação.
Nome do empregador	Escola Profissional Almirante Domingos Tasso de Figueiredo
Tipo de empresa ou sector	Ensino Profissional
FORMAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL	
Setembro 2013	Doutoramento em Sociologia Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados em contexto hospitalar
Dezembro de 2007	Pós-graduação em Análise de Dados em Ciências Sociais Análise de dados em SPSS
Outubro de 2001	Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos (Pré-Bolonha) Análise da realidade social a partir do impacto das actividades humanas no meio ambiente envolvente e consequentes problemas sociais.
Fevereiro de 1997	Licenciatura em Ciências Sociais – Sociologia (Pré-Bolonha) Influência da ocupação do tempo livre na qualidade de vida da população idosa.
Informação adicional	Possui uma vasta experiência no âmbito formativo, quer de docência, quer de organização. É formadora certificada no âmbito do desenvolvimento pessoal e social. Foi formadora dos módulos de métodos e técnicas pedagógicas de formação e de desenvolvimento pessoal e social em diversas organizações, entre as quais se destaca o Hospital Garcia de Orta ou o Departamento de Recursos Humanos da Saúde (Ministério da Saúde).
Jornadas, Congressos e Publicações	- Oradora na Jornada da Pessoa Idosa e Família organizada pela Casa de Saúde de S. Miguel (S. Miguel –Açores) no dia 10 de Dezembro de 1999, com o tema “As Pessoas Idosas como Animadores”. - Publicação do artigo “Animação Sócio-cultural e Terceira Idade” na

Revista Hospitalidade, nº 251 – Janeiro-Março de 2001.

- Oradora nas Jornadas organizadas pela Associação de Lares de Idosos, em Janeiro de 2001. Intervenção subordinada ao tema “Reinserção Social dos Idosos através da Animação”.

- Oradora no VII Congresso Português de Gerontologia, em 12 de Outubro de 2001, organizado pela Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Intervenção subordinada ao tema “O Papel da Animação Sócio-Cultural na Inserção Social do Idoso”.

- Oradora no I Congresso da Associação Portuguesa de Psicogerontologia, em 10 de Novembro de 2001, integrada na mesa “Prestação de Serviços em Gerontologia” e com o tema “Experiências de Animação com Idosos”.

- Publicação do artigo “O Papel da Animação Sócio-Cultural na Inserção Social do Idoso”, na Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, Fevereiro de 2002.

- Oradora no I Fórum de Reabilitação Psicossocial – “Quando o todo é mais do que a soma das partes” promovido pela Casa de Saúde São José, com o tema “Importância Sociológica da Pastoral da Saúde”, em Maio de 2003.

- Apresentação da comunicação livre “Organização dos Serviços de Pastoral da Saúde, Animação e Voluntariado”, e publicação nas actas do Congresso Participação, Saúde e Solidariedade – Riscos e desafios organizado por Manuel da Silva e Costa e Maria Engrácia Leandro, decorrido na Universidade do Minho, Braga em 2006.

- Apresentação da comunicação “Spirituality in health care: from Catholic hegemony to a plural approach”, inserida no workshop “Religious, spirituality and health care” da International Conference Religions and Migrations, promovida pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, em Setembro de 2010.

- Apresentação da comunicação “God at the Hospital: the Portuguese Chaplaincies Portrait” na 31st International Society for the Sociology of Religion Conference, que decorreu entre 30 de Junho e 3 de Julho de 2011, em Aux-en-Provence.

- Publicação, em co-autoria com Raquel Campos Martins, do artigo “Voluntariado Hospitalareiro. Contornos da teoria e da prática” na Revista Hospitalidade, nº 293 – Julho-Setembro de 2011.

- Publicação do artigo “Espiritualidade e Cuidados de Saúde – Perspectiva sociológica” na Revista Hospitalidade, nº 297 – Julho-Setembro de 2012.

- Participação no painel-debate “Capelania Católica – um novo modo de estar no quadro da nova legislação”, promovido pela Coordenação Nacional de Capelarias Hospitalares, decorrido em Novembro de 2012.