

Artigo

A importância da espiritualidade na dinâmica do novo paradigma do cuidar

The importance of spirituality in the dynamics of new health care paradigm

António Jácomo¹

Resumo

O artigo parte da convicção de que a espiritualidade é um conceito universal mas, ao mesmo tempo, profundamente pessoal e individual; vai além das noções formais de ritual ou prática religiosa para abarcar o ser único de cada indivíduo. O modelo biomédico, que tem sido o mais divulgado e dominante na sociedade contemporânea, está focalizado na doença, enquanto o antropológico, como o próprio nome indica, se encontra centrado na pessoa doente. Perante a mudança de paradigma, os desafios globais que impactarão a saúde no futuro próximo podem ser apresentados no âmbito conceptual, organizacional, prático e ético. Esta mudança implica novas posturas na dinâmica dos desafios da nova dimensão da espiritualidade em cuidados da saúde. No âmbito destes desafios, o artigo salienta 5 posturas: Atenção ao modo de cuidar, do seu significado à sua expressão; Consciência de que a abordagem do sofrimento não se sobrepõe, nem metodológica nem operacionalmente, à abordagem dedicada à dor; Um paradigma de comunicação com o doente que contemple a disposição de escuta ativa; Tratamento eticamente correto do doente; Vivência da dimensão da sua religiosidade. Em conclusão são apresentadas duas formas de promover a “arte” da humanização: Ouvir: Este ato de ouvir, de se interessar pelo outro e de aprender dele é o que humaniza o médico; Reforço dos ‘princípios básicos de convivência’. Dentre estes princípios salientamos a unidade, a compreensão, a liberdade, a sensibilidade como o barômetro de medição da dignidade do cuidar.

Palavras-chave: Comunicação. Cuidados de saúde. Dignidade. Fé. Modelo antropológico. Sensibilidade.

Abstract

This article starts from the conviction that spirituality is a universal concept, and, at the same time, deeply connected with personal and individual dimensions. The biomedical model, which has been the most publicized and dominant in contemporary society, is focused on the disease, while the anthropological model, as its name indicates, is centered on the sick person. Given the paradigm shift, global challenges in the near future can be presented by the conceptual, organizational, practical and ethical framework: This change implies new positions of the new dimension of spirituality in health care. Within the scope of these challenges, the article stresses 5 positions: Particular attention will have to be paid on personal health care; Awareness that the approach to suffering does not overlap, methodologically or operationally, to the approach to pain; A paradigm of communication with the patient that contemplates an active listening disposition; Ethically correct treatment of the patient; Livingness of the dimension of your religiosity. In conclusion, two ways of promoting the “art” of humanization are presented: Listening: This act of listening, is what humanizes the doctor; Reinforcement of the ‘basic principles of coexistence’. Among these principles we finish emphasizing unity, understanding, freedom, sensitivity as a barometer of health care dignity.

Keywords: Communication. Health care. Dignity. Faith. Anthropological model. Sensibility.

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética (Porto e Lisboa). R. Diogo Botelho, 1327, Porto, 4169-005, Porto, Portugal. E-mail: <ajacomo@porto.ucp.pt>.

Introdução

A prestação de cuidados à saúde configura uma das mais antigas profissões, de condição científica, cuja função social, humanitária e humanística permite atingir a existência do ser humano, com o compromisso ético. Por isso, é a mais humana das ciências e a mais científica das humanidades (PELLEGRINO, 1997).

A espiritualidade é um conceito universal mas, ao mesmo tempo, profundamente pessoal e individual, vai além das noções formais de ritual ou prática religiosa para abarcar o ser único de cada indivíduo.

Convém, desde já, afirmar que a espiritualidade não pode ser entendida como um complemento à dimensão do cuidado, mas, sim, como garantia de respeito e de promoção da dignidade. Reside na essência de quem somos, naquela centelha que permeia toda a estrutura da pessoa que exige dignidade e respeito. Através dela transcendemos a capacidade intelectual, elevando o estatuto de toda a humanidade.

Visão diacrônica da relação entre o cuidado da saúde e a espiritualidade

Diversos autores fundamentam as dimensões espirituais do cuidado a partir de uma perspectiva histórica (COLEMAN-BRUECKHEIMER; DEIN, 2011), assentando a argumentação no fato de que, os cuidados da saúde evoluíram a partir de uma rica herança espiritual, na qual os cuidados da saúde, a religião e a espiritualidade formam uma só realidade integrada. No centro da noção de cuidado estão os conceitos de “vocação” e “doação” no serviço de Deus. A espiritualidade não é uma entidade separada, mas integrada, permeando todos os aspectos do cuidado. A espiritualidade era, em tempos idos, mais do que uma disposição, pois influenciava crenças, motivos e valores.

O sentido tradicional de espiritualidade, como um processo de reforma que ‘pretende recuperar a forma original do homem à imagem de Deus’, tem evoluído para a noção de experiência subjetiva, podendo traduzir qualquer tipo de atividade significativa ou experiência feliz. Evocando naturalmente um processo de transformação, o atual contexto não se restringe a identificar a espiritualidade como expressão de religiosidade do ser humano.

Falar de espiritualidade no exercício da medicina é convocar (co-vocare) o profissional de saúde para um diálogo aberto à interioridade de cada doente, para ajudá-lo a alcançar o discernimento possível para a compreensão de si neste seu adoecer. Do seu adoecer, e não exclusiva nem fundamentalmente da sua doença.

Bradshaw (1994, p.169) conclui que “a dimensão espiritual na tradição dos cuidados de saúde não pode ser separada da história do próprio cuidado global”. Esta citação afirma que a espiritualidade tem sido uma das principais forças que moldaram as atitudes e crenças dos pioneiros e fundadores do profissional de saúde. A dimensão espiritual tenta estar em harmonia com o universo, busca respostas sobre o infinito e é essencial quando a pessoa enfrenta o stress emocional, a doença física ou morte.

Vários autores descreveram a espiritualidade como um processo e uma jornada sagrada (MISCHE, 1982); a essência ou princípio de vida da pessoa (CARSON; KOENIG; COLLINTON, 1981);

a experiência da verdade radical das coisas (LEGERE, 1884); uma crença que relaciona uma pessoa com mundo; uma relação de vida ou senso de conexão com o mistério, o poder Superior, Deus ou Universo (GRANSTROM, 1985).

Hoje, argumenta-se que a espiritualidade está corroída pelo secularismo e pelo positivismo científico. Os cuidados da saúde foram vítimas da infiltração do mercantilismo, do consumismo e do reducionismo. No entanto, nem tudo está perdido porque a espiritualidade tem-se convertido numa oportunidade de fundamentação do conceito de cuidado holístico. Hoje observamos uma tendência de integrar ciência e espiritualidade até mesmo nos pronunciamentos da Organização Mundial da Saúde: desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão “não material” ou “espiritual” de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta para alastrar o conceito clássico de “saúde” da Organização Mundial de Saúde para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (FLECK *et al.*, 2003, p.447).

A espiritualidade é, potencialmente, a resposta para muitos problemas que afligem os cuidados à saúde, impedindo o desenvolvimento e o progresso, por exemplo, da depreciação da prestação de cuidados dentro de um sistema de saúde que parece não se importar.

Concordamos facilmente com a ideia que, rever e aprender com a história dos cuidados à saúde é importante, mas o caráter holístico dos cuidados não pode permanecer estático, antes, deve ser uma oportunidade de crescimento e reforma de todo o sistema de saúde².

A visão tradicional da espiritualidade – com a sua forte afinidade com a filosofia judaico-cristã, implica um novo olhar na medida em que a sociedade mudou, e a sociedade atual é rica em diversidade étnica. Essa diversidade deve ser capturada e refletida nas visões contemporâneas da espiritualidade. A nova forma de espiritualidade adotada nos cuidados da saúde deve ser moldada a todos os elementos da “aliança terapêutica” (OLIVEIRA; BENETTI, 2015).

Tudo o que afirmamos até ao momento tem por base a ideia de que os cuidados da saúde contemporâneos têm feito enormes progressos no estabelecimento da espiritualidade como um conceito fundamental. Médicos e enfermeiros têm contribuído para o desenvolvimento conceitual, teórico e filosófico, auxiliando na clarificação do conceito de espiritualidade e no provimento do cuidado espiritual.

Os novos desafios da espiritualidade em saúde

Globalmente, a espiritualidade em saúde enfrenta novos desafios. O advento das novas dimensões seculares remete para desafios emergentes e persistentes. Walter Osswald partilha da opinião de que “a partir do iluminismo e da aceitação da ciência como esperança de salvação, as coisas modificaram-se: a medicina rejeitou a sua componente de arte para se declarar ciência, dura e pura, exibindo desvanecidamente as suas descobertas e progressos e prometendo a resolução,

² Em latim, *salus*, *salutis* significa salvação e saúde, com a raiz “sol-”, em *salvus*, que significa inteiro, intacto, são, são e salvo, remetendo para um conceito holístico de saúde, integrando múltiplas dimensões do humano, também a ligação ao transcendente. (Ex: saudar, *salutem* dare; *holy* (santo), *health* (saúde), *heilen* (curar) e *heilig* (santo), the *whole*, a totalidade harmônica e íntegra.

para breve, das imensas áreas de desconhecimento que maculam o mapa das suas conquistas” (OSSWALD, 2004, p.27).

Em consequência, o modelo biomédico, que tem sido o mais divulgado e dominante na sociedade contemporânea, está focalizado na doença, enquanto o antropológico, como o próprio nome indica, se encontra centrado na pessoa doente. Segundo Edmund Pellegrino, tendo em conta as quatro dimensões geralmente envolvidas numa relação médico-paciente (biológica, psicológica, social e espiritual), qualquer modelo que apenas tenha em consideração uma delas será sempre insuficiente e redutor. Nas suas palavras, “a limitação empírica mais grave do modelo biomédico é ser unidimensional, negar a complexidade da experiência de estar doente e, portanto, a complexidade que envolve o tratamento e cuidado dos pacientes” (PELLEGRINO, 2002, p.128).

Essa compreensão disruptiva do secularismo baseia-se na promoção de maior poder do paciente. Uma espiritualidade em saúde mais ágil e voltada para o futuro tem a oportunidade de revolucionar a maneira de cuidar e, ao fazê-lo, transformar as sociedades.

Os desafios globais que impactarão a saúde no futuro próximo podem ser apresentados no âmbito conceptual, organizacional, prático e ético:

- **Conceptual:** É essencial perceber como é hoje definida, percebida e entendida a natureza da espiritualidade. Os conceitos tradicionalmente associados à espiritualidade, como a crença em Deus; como algo não necessariamente religioso; como uma questão de Fé e de paz consigo mesmo, tem de ser explicitados (NARAYANASAMY, 1999).

- **Organizacional:** pessoas, lugares e processos são centrais para entender a espiritualidade e a provisão de “cuidado espiritual” e avaliação.

Nos últimos anos, o lugar da espiritualidade nas organizações tem sido cada vez mais discutido e defendido. A disponibilização do apoio espiritual pode envolver a realização pessoal ou o crescimento espiritual no local de trabalho. Em um sentido mais amplo, a espiritualidade é considerada, por muitos, essencial nas interações de uma organização com funcionários, clientes e comunidade (GRABER; JOHNSON, 2001).

- **Prático:** as implicações práticas de avaliar, planejar, avaliar as necessidades espirituais de um indivíduo. As questões do significado, valor e relacionamento surgem naturalmente no contexto de doença. Os médicos do século XXI precisarão estar preparados para lidar com essas questões com seus pacientes (ASTROW; PUCHALSKI; SULMASY, 2001).

- **Ético:** as questões éticas e os dilemas potenciais que podem ser encontrados ao apoiar indivíduos com suas necessidades espirituais. Em uma inquirição realizada com médicos, apenas 17% dos entrevistados relataram abordar as questões da espiritualidade com os seus pacientes, enquanto em uma situação de crise, 49% relataram abordar estas questões. Oitenta e três por cento dos entrevistados concordaram que os médicos devem mencionar os capelães (KING *et al.*, 2013).

Por essas considerações tem-se que, é necessário um debate sobre a necessidade de promover a espiritualidade nos cuidados da saúde. Deve-se levar em consideração as mudanças dramáticas dentro da estrutura e composição da sociedade. Ela é cultural, étnica e religiosamente diversa. Portanto, o sistema de saúde precisa ouvir a ampla gama de percepções e pontos de vista éticos.

As posturas na dinâmica dos desafios da nova dimensão da espiritualidade em cuidados da saúde

No âmbito destes desafios, uma atitude renovada implica um conjunto de atitudes por parte dos profissionais. Dentre as várias dimensões, com Carlos Costa Gomes (GOMES, 2017), salientamos 5 posturas:

1) *Atenção, desde logo, ao modo de cuidar, do seu significado à sua expressão; a excelência do cuidar requer um rigoroso conhecimento do destinatário dos cuidados, da sua individualidade, das suas necessidades e possibilidades concretas. Em uma cidadania multicultural como a emergente, importa definir os cuidados a prestar na pluralidade das dimensões da pessoa humana, também uma essência e uma natureza racional e espiritual, realidades imateriais que a completam.*

2) *Consciência de que a abordagem do sofrimento não se sobrepõe, nem metodológica nem operacionalmente, à abordagem dedicada à dor; se a dor, assim que desnudada, deve ser eficazmente tratada, sob pena de, não o sendo, constituir uma má prática médica, o sofrimento deve ser mitigado, integrado, acompanhado, com a proximidade de uma presença humana, com um discurso não compaginado em meras palavras amáveis, porventura até imoral se der falsas esperanças, mas oferecendo disponibilidade, magnanimidade, com um discurso pautado prioritariamente pela autenticidade. Não necessariamente com toda a verdade diagnóstica, mas com toda a verdade da comunicação humana, que assim se expõe como autenticidade! Uma perspetiva integradora do sofrimento não admite uma mera resignação, um papel passivo a que se remeteria sem resultados terapêuticos o doente, assim vergado a um redutor tácito, a um determinismo débil da liberdade humana. Antes, perante o sofrimento, importa reavivar a possibilidade de por em prática os seus valores, redescobrimdo o colorido da vida.*

3) *Um paradigma de comunicação com o doente que contemple uma disposição de escuta ativa. Escutar é, efetivamente, um ato de profunda espiritualidade da pessoa, manifestação de um querer compreender: “estou aqui para fazer o que precisas, não para fazer o que posso fazer”; escutar é bem mais que ouvir; escutar é percorrer a via aferente, que me leva até ele, e construir a via eferente, a possibilidade real de que o outro venha até mim, numa viagem livre, mas confiante. Como Daniel Faria nos propõe, devo ser não simplesmente um lugar para o outro, mas sim um inequívoco “lugar do outro”! Lugar onde possa desbravar-se veredas para que a linguagem do amor aconteça, a amizade se faça, a cordialidade se cumpra, a esperança floresça. A argamassa da esperança recupera quantas vezes o agarrar da vida e o retomar do projeto que parecia não ter saída, impedindo que o desespero consolide uma insuportável autofagia espiritual. É Entralgo (1984), quem afirma: *quem é o médico para o doente senão um homem perito na arte de possibilitar, dilatar e melhorar as frágeis esperanças terrenas do doente?* Quantas vezes será o *médico* porventura o último reduto da esperança, uma postura que não pode declinar! É Dante quem nos vaticina à entrada do seu inferno: *“abandonai toda a esperança, vós que aqui entraís!”*. Na verdade, abandonar toda a espécie de esperança, talvez mais que um inferno é, senti-lo bem em alguns doentes pediátricos ou nos seus pais, a cruel eutanásia moral que temos de evitar a todo o custo. Sendo certo que somos “um ser para a morte”, impõe-se que os doentes, no repto de Daniel Serrão, não percam a noção de que são “um ser até à morte” (ENTRALGO, 1984, p.10). Não se trata de uma tentativa de fuga à realidade nem de obstinado desejo de cura, mas da possibilidade de viver o seu morrer impregnado de um amor que supera. Afinal, o correlato*

de uma sobrevivência apenas tonificada no contexto de um viver esperançado. E, sobrevivência legítima não só para o crente, que vai ao ponto de confiar e esperar na vida para além da morte, como para o não crente, que vive a esperança de modo mais imediato e objetivo.

4) *Tratamento eticamente correto do doente.* Respeitada a sua autonomia, não como corolário de uma feroz liberdade que conduz a um abandono desumano do doente no seu processo de decisão, mas como oportunidade que lhe é conferida para tomar decisões serenas, livres e apoiadas na proximidade justa do médico e em uma informação indispensável que lhe compete disponibilizar. Que, neste tratar eticamente bem, se dignifique o seu viver e o seu morrer, qual seja a lonjura do seu percurso.

5) *Que se lhe não retire a oportunidade de, querendo, viver a dimensão da sua religiosidade,* na linha do formulado por Bermejo (2011):

1. Reconciliar-se com a vida;
2. Reassumir as próprias opções fundamentais;
3. Elaborar o luto antecipatório;
4. Abrir o horizonte e ver para além das próprias misérias e limitações;
5. Viver a tensão própria da esperança.

A espiritualidade de cada doente apela a uma resposta terapêutica no horizonte da amizade, que recusa, por isso, desencontros gerados nos corredores habitados por estranhos morais. A espiritualidade é, ainda, janela terapêutica de um universo que aguarda intensidade de olhares, afago de mãos estendidas, respeito acontecido na dignidade que se reconhece.

A medicina não dispõe de oração nem de fé no seu arsenal terapêutico. A medicina abre portas para que a esperança possa acontecer nos pátios do desespero e do sofrimento, vulnerabilidade que São Francisco de Assis integra de forma maior na natureza humana, quando nos provoca chamando irmã à morte.

Os cuidados com a saúde espiritual são complexos e subjetivos, mas é central para a noção de prática holística. Não existe uma definição definitiva do termo espiritualidade. A espiritualidade requer conscientização da parte dos profissionais de saúde. A espiritualidade não é apenas estar associada à religião institucional, pois consiste em muitos componentes. Muitos profissionais da saúde já possuem muitas das capacidades necessárias para a iniciativa em lidar com questões espirituais. O que falta é confiança e educação.

A espiritualidade inscreve-se, pois, na base de uma ética médica e social que apela à humanização com o máximo potencial pessoal, sendo suportável sempre que este ocorra controladamente e com independência.

O interface da fé: qual o contributo das virtudes teologais na humanização?

Ficaria sem sentido que, no contexto de uma Universidade Católica, com uma forte vocação de cuidados em saúde, não terminasse a minha reflexão com uma abordagem da dimensão específica da espiritualidade no contexto da religiosidade.

Começamos por sublinhar que, hoje, a Igreja tem diante de si um trabalho decisivo na clarificação do conceito de cuidar. E é bom lembrar de que, o cuidado se concretiza quando assume o trabalho de reconstruir uma gramática do humano e da proximidade. A dimensão hodegética da Igreja chama a confirmar o princípio de humanidade e a conjugá-lo novamente, perante as várias formas de inumanidade. Não nos esqueçamos que “o Homem é tratado segundo a ideia que temos dele, assim como também nós fazemos uma ideia do Homem segundo a forma com a qual o tratamos” (EMP, 1997).

Uma prática verdadeiramente humana e uma cultura da proximidade querem opor-se à prática da humilhação, como lhe chama o filósofo Avishai Margalit, que por humilhação entende não serem tratados plenamente como seres humanos, e serem induzidos a envergonhar-se de si mesmos, da própria condição, realizando a exclusão, de fato, da condição humana (MARGALIT, 1998). Na atual situação econômico-financeira, não são só os indivíduos, mas também nações e povos inteiros são humilhados, é a identidade nacional que é posta em crise, alguns estados-nações são atacados e humilhados. Ora, também uma sociedade inspirada em critérios de justiça poderia fomentar dinâmicas de humilhação no prover a pessoa doente, ou melhor, os membros certificados de tal sociedade, com cuidados que depois não assegura aos imigrantes legais e ilegais, refugiados, exilados, que gozam de direitos limitados, que ainda não são cidadãos como os outros, também na forma de distribuição dos bens e dos direitos: podem ser distribuídos bens de primeira necessidade à populações esfomeadas, lançando-lhes o alimento como se fosse a cães. A gestão da pena e a forma de tratar os presos, assim como as políticas de trabalho são, segundo Margalit, lugares significativos para avaliar a capacidade de uma sociedade de não humilhar.

Assim, as virtudes teológicas, ao tocar as dimensões do humano, centram o cuidado numa dimensão oculta mas presente: a misericórdia.

Podemos conceber a interface entre a fé, esperança, caridade e a Bioética em duas vertentes. Por um lado, entendemo-la como uma especial inter-relação entre as Ciências Humanas, como a Sociologia, Psicologia, Antropologia, Filosofia e a Literatura. Por outro lado, esta relação aponta para o papel da espiritualidade na construção e reconstrução do eu.

Como promover a “arte” da humanização? Quase a terminar esta pequena reflexão, não posso deixar de recordar algumas das consequências que a valorização da dimensão da espiritualidade nos deve convocar.

1) O principal, é o ouvir – Martin Buber³ faz com que reconheçamos a existência de um “Tu” (lado pessoal do doente), e induza contextualizar melhor o seu “Isso” (a sua doença ou sintoma) e, assim, nos engrandece por nos fazer melhor apreciar o nosso próprio “Eu” (BUBER, 2004). Este ato de ouvir, de se interessar pelo outro e de aprender dele é, a meu ver, o que humaniza o médico. Para compreender o ser humano como objeto de estudo, deve ser utilizada uma linguagem objetiva, factual e científica, e o método das ciências, “expurgando” necessariamente

³ Podemos dizer que o Eu-Tu é o ser inteiro e o Eu- Isso o não inteiro. Para Buber, é exatamente esta integralidade que torna o ser humano completo. Em outras palavras, quando o melhor que habita em mim encontra o melhor que habita em você, criamos uma relação onde a nossa mentalidade e emoções estão alinhadas e ambas caminham na mesma direção. Para isso, é necessário que haja um diálogo, ou seja, uma interação direta entre as pessoas, de modo que uma integre a realidade da outra de forma ativa. Do contrário, se torna uma relação pautada pelo Eu- Isso, ou seja, pelo distanciamento.

todo o mito; por outro lado, para compreender o ser humano como pessoa, deve ter-se em conta todos os aspetos subjetivos, imaginários, intencionais, autoconscientes e mitológicos.

2) Uma outra dimensão consiste em recordar aquilo que poderemos chamar de “princípios básicos de convivência”. Dentre estes princípios salientamos a unidade, a compreensão, a liberdade, a sensibilidade. Estes princípios, embora básicos, ajudam a reduzir as tendências dualistas que, muitas vezes, invadem a nossa percepção do cuidar em saúde: princípio de unidade: tudo está bem quando a resposta é integrada e não isolada; princípio da compreensão: os conflitos desaparecem quando os entendemos de forma radical, e não quando desejamos resolvê-los; princípio da liberdade: a capacidade de escolher sem coerção, de acordo com a verdade; princípio da solidariedade: o compromisso afetivo e efetivo para os que precisam; princípio da sensibilidade: sentir a dor dos outros à imagem da nossa dor.

Como se pode perceber, a concretização da humanização dos cuidados necessita de um conjunto de estratégias que passam, em primeiro lugar, por aprender a ouvir o doente, utilizando paradigmas positivos na comunicação, no sentido de promover o desenvolvimento da autoestima e integridade pessoal.

Mas, todo este trabalho será inglório se nos esquecermos de uma outra dimensão: a visão do papel dos profissionais da saúde em todo este processo de refundamentação dos princípios do humanismo aplicados à saúde.

Ao terminar, não o posso deixar de recordar o conceito de utopia associado à prestação de cuidados citando o meu grande mestre e amigo, o professor Daniel Serrão, infelizmente já não presente no meio de nós, mas muito presente em cada gesto deste seu discípulo: “o raro e feliz último encontro entre Medicina e Utopia será o reconhecimento pela medicina da *vis medicatrix naturae* da força curativa da natureza, para o que chamamos doença sempre que a doença seja, e é-o muitas vezes, um desencontro perturbado, entre a natureza, a vida que nela emergiu há bilhões de anos e o homem.

O homem, este fantástico ser natural, triunfante e orgulhoso, que tem de reencontrar, com humildade, tolerância e modéstia, o caminho para o regresso ao paraíso perdido. “É lá que será, utopicamente, feliz” (SERRÃO, 2008, p.1110).

Referências

- ASTROW, A.B.; PUCHALSKI, C.M.; SULMASY, D. Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. *The American Journal of Medicine*, v.110, n.4, p.283-287, 2001.
- BERMEJO, J.C. *Introducción al Counseling*. Sal Terrae: Santander, 2011.
- BRADSHAW, A. *Lighting the lamp: The spiritual dimension of nursing care*. London: Scutari Press, 1994. p.169.
- BUBER, M. *Eu e Tu*. Lisboa: Paulinas Editora, 2004.
- CARSON, V.B.; KOENIG, H.G.; COLLINTON, M. The spiritual dimension of nursing. In: CLINICAL nursing (Ed). New York: MacMillian, 1981.
- COLEMAN-BRUECKHEIMER, K.; DEIN, S. Health care behaviours and beliefs in hasidic Jewish populations: A systematic review of the literature. *Journal of Religion and Health*, v.50, n.2, p.422-436, 2011.
- EMP, P. *L'irremplaçable: Une étique de la technologie*. Paris: Cerf, 1997.
- ENTRALGO, P.L. *La espera y la esperanza: historia y teoría del esperar humano*. Madrid: Alianza Editorial, 1984.

- FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.4, p.446-455, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.
- GOMES, C.C. Caridade ou solidariedade no fim da vida: do existir biológico ao existir biográfico. In: CIDADES online. [s.l.: s.n.], 2017. Disponível em: <<https://cidades.com.pt/index.php/sociedade/opiniao/item/2500-caridade-ou-solidariedade-no-fim-da-vida-do-existir-biologico-ao-existir-biografico,2017>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- GRABER, D.; JOHNSON, J.A. Spirituality and healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, v.46, n.1, p.39-50, 2001.
- GRANSTROM, S.L. Spiritual nursing care of oncology patients. *Topics in Clinical Nursing*, v.7, n.1, p.39-45, 1985.
- KING, S. *et al.* Doctors' attentiveness to the spirituality/religion of their patients in pediatric and oncology settings in the Northwest USA. *Journal of Health Care Chaplaincy*, v.19, n.4, p.140-164, 2013.
- LEGERE, T. Spirituality for today. *Studies in Formative Spirituality*, v.5, n.3, p.375-383, 1984.
- MARGALIT, A. *La società decente, a cura di Andrea Villani*. Milano: Guerini e Associati, 1998.
- MISCHE, P. Toward a global spirituality. In: MISCHE, P. (Ed.). *Whole Earth papers*. [s.l.:s.n.], 1982. v.16, p.16; 38-44. East Orange N.J Global Education Associates.
- NARAYANASAMY, A. The ACCESS model: A transcultural nursing practice framework. *Nurse Education Today*, v.19, p.386-395, 1999.
- OLIVEIRA, N.H.; BENETTI, S.P.C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.67, n.3, p.125-138, 2015.
- OSSWALD, W. *Um fio de ética: exercícios e reflexões*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- PELLEGRINO, E.D. Bioethics as an interdisciplinary enterprise: Where does ethics fit in the mosaic of disciplines. In: CARSON, R.A.; BURNS, C.R. (Ed.). *Philosophy of medicine and bioethics: A twenty-year retrospective and critical appraisal*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997.
- PELLEGRINO, E.D. Medicine today: Its role, and the role of physicians. *Itinerarium*, v.10, p.57-79, 2002.
- SERRÃO, D. Utopie et Bioéthique. In: FORTUNATI, V.; TROUSSON, R. (Coord.). *Histoire transnationale de l'utopie littéraire et de l'utopisme*. Paris: Honoré Champion, 2008. p.1097-1110.

Como citar este artigo/How to cite this article

JÁCOMO, A. A importância da espiritualidade na dinâmica do novo paradigma do cuidar. *Cadernos de Fé e Cultura*, v.3, n.2, p.79-87, 2018. https://doi.org/10.24220/2525-9180_v3n22018a4439