

Bioética e Cuidado: o desafio espiritual

Bioethics and Care: the spiritual challenge

Bioética y cuidado: el desafío espiritual

*Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

*Priscilla Brandão Bacci Pegoraro***

RESUMO: A bioética, além de tarefa cognitiva, é empreitada do espírito humano. Espiritualidade refere-se a uma relação transcendental da alma com a divindade e na transformação daí resultante, ou seja, diz respeito a uma atitude. Na atenção à saúde, implica resgatar o sentido transcendente do cuidado. Buscar sentido na atenção à saúde configura experiência espiritual guiada pelo espírito do cuidar, uma espiritualidade engajada, relacional, enraizada no cotidiano da saúde, que permitirá integrar cuidado-técnica e cuidado-ética, em uma atmosfera de cuidado equilibrada entre ser (ética) e fazer (técnica). A cabeça-de-ponte para ligar trabalho e cuidado na saúde enraiza-se no fazer desenvolver o espírito do cuidar. De outra forma, não daremos conta de cuidar da hipercomplexidade e multidimensionalidade humanas. Enfim, o espírito do cuidar é exercício diário de uma mescla dialética e dinâmica entre disposição do caráter e competência técnica, entre profissão e vocação.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Cuidado. Espiritualidade.

ABSTRACT: Bioethics, besides a cognitive task, is an undertaken of human spirit. Spirituality refers to a transcendental relation of soul and deity and in the resultant transformation, that is, it refers to an attitude. In health assistance, it implies to rescue the transcendent sense of care. To search sense in to the health care is a spiritual experience guided by the spirit of care, an engaged, relational spirituality grounded in daily health, one that will allow to integrate care-technique and care-ethics, in an atmosphere of care balanced between being (ethical) and doing (technique). The binding of work to care in health is making growing the spirit of care. In no other way we will account for care's human hipercomplexity and multidimensionality. The spirit of care is a daily exercise of a dialectic and dynamic integration of ethical attitude and technical ability, of profession and vocation.

KEYWORDS: Bioethics. Care. Spirituality.

RESUMEN: La bioética, además de una tarea cognoscitiva, es emprendida desde el espíritu humano. La espiritualidad se refiere a una relación trascendental del alma y el divino y en la transformación resultante, es decir, se refiere a una actitud. En los cuidados de la salud, implica rescatar el sentido trascendente del cuidado. Buscar sentido en los cuidados médicos es una experiencia espiritual dirigida al espíritu del cuidado, una espiritualidad comprometida, relacional y vinculada a la salud cotidiana, una que permitirá integrar cuidado-técnica y cuidado-ética, en una atmósfera de cuidado equilibrada entre ser (ético) y hacer (técnica). La vinculación del trabajo al cuidado en salud es promover el crecimiento del espíritu del cuidado. De ninguna otra manera explicaremos la gran complejidad y multidimensionalidad humanas del cuidado. El espíritu del cuidado es un ejercicio diario de integración dialéctica y dinámica de actitud ética y capacidad técnica, profesión y vocación.

PALABRAS LLAVE: Bioética. Cuidado. Espiritualidad.

Embora a orientação ética do cuidado estivesse presente na gênese do termo bioética, aproximá-los, ou melhor, reaproximá-los tem se mostrado um desafio reconhecido pelo próprio propositor do neologismo. Em seu livro *“Global Bioethics: building on Leopold Legacy”*, Potter (1988) retoma que cunhou o termo bioética para “descrever a amálgama dos valores éticos e fatos biológicos” (p. 71), incluindo

as dimensões da bioética médica e da bioética ecológica. Assinala que um “movimento independente” (Potter, 1988, p. 71) iniciado na *Georgetown University*, que utilizava o termo bioética e o aplicava, exclusivamente, aos problemas médicos, não estava em consonância com a concepção ecológica e a orientação à sobrevivência da humanidade que havia fundamentado e motivado sua proposição da expressão

bioética, partindo dos pensamentos de Aldo Leopold. Isto porque, neste caso, estava implícito o foco na pendência de direitos entre indivíduos e não a conexão e interdependência de todas as formas de vida na “comunidade Terra” (Potter, 1988, p. 21), estendendo, desta maneira, a ética a toda comunidade biológica, como era sua intenção.

No entender de Potter (1988), “como Carol Gilligan, Leopold

* Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Mestre em Bioética, Doutora em Saúde Pública. Membro da Diretoria da Associação Internacional de Bioética (2003-2007). Segunda vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2005-2007). E-mail: elma@usp.br

** Graduanda, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

estava preocupado mais com responsabilidades do que com direitos” (p. 21), coincidindo ambos no entendimento de que os problemas morais decorrem mais de responsabilidades em conflito do que de confrontos de direitos individuais:

[...] “*embora ele não estivesse pensando em termos do papel feminino na natureza ou na sociedade, as tendências atuais nos modernos estudos de psicologia são mais congruentes com Leopold e com a bioética ecológica. De fato, a bioética global é o resultado lógico do impacto do ponto de vista feminino sobre a bioética médica e a bioética ecológica.*” (Potter, 1988, p. 86).

Neste sentido Potter enfatiza que na compreensão ética da responsabilidade radica-se a bioética global:

“*Aqui na concepção de responsabilidade nós temos a base da bioética global, uma visão que modificaria a ênfase médica na sobrevivência individual e fomentaria paz e a preservação do ecossistema.*” (Potter, 1988, p. 89).

A responsabilidade, que obviamente não é exclusividade do gênero feminino e nem o poderia ser, inserida no bojo da bioética global, torna-se “cabeça-de-ponte” para os esforços, de homens e mulheres, que almejam promover o bem-estar e a sobrevivência da comunidade Terra. A bioética global deve estar fundamentada na combinação de direitos e responsabilidades, na qual masculino e feminino não são mais vistos como dimensões mutuamente exclusivas e/ou excludentes de um continuum bipolar, mas como complementos de uma realidade integrada (Potter, 1988).

A bioética global é proposta enquanto abordagem secular para o desenvolvimento de uma moralidade que abarque as decisões nos cuidados à saúde e na preservação do ambiente natural. É uma

ética de responsabilidade. Para a viabilidade da bioética global são essenciais o respeito e a tolerância mútuos entre os diferentes grupos sociais e biológicos. A bioética continua o que era originalmente: um sistema de moralidade baseado no conhecimento biológico e nos valores humanos, com a humanidade aceitando sua responsabilidade pela própria sobrevivência e a preservação do ambiente natural. Saúde para todas as pessoas e não somente para uns poucos “escolhidos” (p. 154) deve ser a prioridade máxima da bioética global. De fato, a saúde para toda a humanidade como a base para a bioética global é um admirável fim em si mesmo. Como pessoas, precisamos ter um sentido de direção, de identidade pessoal que aponte para algo acima e além de nossa vida diária. Uma bioética pode preencher esta necessidade, se entendida como bioética global, incorporando não apenas a bioética médica, mas a bioética ecológica e tendo como seus elementos centrais a saúde integral da pessoa, a conexão e interdependência de todos nós e de todas as formas de vida (Potter, 1988).

A maior barreira para a abertura e a aceitação da bioética global é a visão machista da ética e da moralidade que prioriza o individualismo e a dominação. Assim, também não é sem razão o descaso à noção de cuidado e sua incipiente influência na ética. O fato de o cuidado apresentar-se como uma cativante emoção ou orientação ética que, associando-se histórica e socialmente às mulheres e apoiando sua visão da condição humana na capacidade das pessoas importarem-se com os outros, com as coisas, com a comunidade, com uma trajetória de vida ou consigo próprias, tem confrontado e desafiado os sistemas de pensamento racionalistas, abstratos e impessoais detentores de abrangente ascendência social,

ética, política e religiosa (Potter, 1988; Reich, 1995a; Reich 1995b). Gilligan (1998), embora não se preocupe em abordar a construção histórico-social das desigualdades nas relações de gênero para explicar este desprezo à diferente voz do cuidado, considera como estas determinam a construção do conhecimento científico. Pondera que, acostumados a ver a vida através dos olhos dos homens, os teóricos da psicologia cometem um viés de observação, implicitamente adotando a perspectiva masculina como a norma e tentando a ela moldar tudo e todos. Os diferentes, ou seja, os que não se encaixam neste padrão são vistos como desviantes, ou defectivos morais. Assim, um dos grandes avanços da teoria do desenvolvimento moral proposta por Carol Gilligan é a inclusão da voz e perspectiva usualmente excluída pelo fato de ser associada, histórica e socialmente, ao gênero feminino. Avanço no qual se une a bioética global.

A bioética global apresenta-se como ponte que pode levar à interligação do cuidado-técnica com o cuidado-ética, integrando competência e sensibilidade em um espírito de cuidar que nos faz tomar consciência de nossa interconexão com a humanidade e com a Terra, de forma que o único caminho viável é a escuta e a disponibilidade para dar o sim ao apelo de responsabilização pelo sofrimento e saúde do outro.

É nesta compreensão da bioética global que pretendemos discutir neste artigo o desafio espiritual da interface bioética e cuidado. Faremos a abordagem da perspectiva da prática da atenção à saúde, entendendo-a inserida na ética da vida. Dentro desta prática, enfocaremos, por vezes, de modo mais especial para imprimir materialidade às nossas reflexões, a prática da enfermagem, não somente porque ela

nasce extremamente vinculada e marcada pelo cuidado, mas porque tem sido nossa opção de vida profissional. Com isso, não advogamos a exclusividade do cuidado para a enfermagem, apenas é que, desta forma, sentir-nos-emos mais confortáveis para as considerações e cremos que os pontos comuns e especificidades de cada prática profissional da saúde poderão ser apreendidos segundo a realidade de cada qual.

Kuhse (1997) advoga que, se entendemos o cuidado como disposição interna para acolher as necessidades do paciente que é reconhecido como indivíduo singular com suas próprias necessidades, crenças, desejos e opções e não como um mero organismo que funciona mal, a ética do cuidado torna-se importante e central para todos os profissionais de saúde, não podendo ser exclusividade de nenhum, já que de tal disposição depende a boa assistência.

Assim, tomando a preocupação com a sobrevivência da humanidade, a defesa da vida ameaçada e a compreensão da bioética como

ponte entre o conhecimento biológico e as humanidades, é que exploraremos a interface da bioética e do cuidado, com vistas a apontar as potencialidades e limites de pontes entre cuidado-técnica, cuidado-ética e o espírito do cuidar. Para isto retomaremos reflexões sobre a integração do cuidado-técnica e cuidado-ética (Zoboli, 2006; Zoboli, 2006a; Zoboli e Sartorio, 2006), introduzindo a mediação e/ou motivação do espírito do cuidar como o sentido de transcendente interligação universal que possibilita o diálogo dialético de ambas dimensões do cuidado na singularidade e particularidade das situações cotidianas da atenção à saúde.

Um brado profético: a ética do cuidado

A “ética do cuidado” valoriza como o mais precioso do cotidiano das pessoas e, principalmente, da atenção em saúde: as relações interpessoais, ou seja, a interconexão e interdependência humanas. A perspectiva do cuidado na ética

emerge como contribuição do estudo do desenvolvimento moral das mulheres, com os trabalhos de Carol Gilligan, em 1982.

É claro que a fundamentação antropológica do cuidado que vinha sendo construída ao longo da história precedente abriu condições para esta formulação. A ética da justiça, paradigma hegemônico fundamentado nos direitos de cada sujeito em sua independência, não consegue dar conta dos problemas atuais. As questões éticas ultrapassam a esfera humana e abraçam a reprodução ecológica da vida, partindo das necessidades dos seres vivos e da vulnerabilidade do seu sistema de relações. A degradação do ambiente natural e social fragiliza e ameaça o próprio ser humano. Em resposta a tal vulnerabilidade e fragilidade dos seres, a única atitude necessária e responsável é o cuidado, decorrendo a urgência de construir um novo paradigma ético (Junges, 2006).

As visões éticas da justiça e do cuidado se contrastam e complementam em suas características (Tong, 1998; Junges, 2006):

Ética do cuidado	Ética da justiça
Abordagem contextual e engajada	Abordagem abstrata
Atenção ao singular e particular	Foco no universal e estrutural
Conexão, entrelaçamento e interdependência humanas	Separação, individualidade e independência humanas
Relacionamentos comunitários	Direitos individuais
Âmbito privado	Âmbito público
Reforça o papel das emoções e da afetividade	Reforça o papel da razão e da argumentação lógica
Formação de um bom caráter a partir de disposições interiores	Ações retas a partir de julgamentos corretos
Ética da virtude, de atitudes, de responsabilidade	Ética de princípios, de normas
Associada ao gênero feminino: mais feminina e feminista	Associada ao gênero masculino: mais viril e masculina

A ética do cuidado caracteriza-se menos pelo gênero, e mais pelos temas que lhe são caros. É questão de atitude frente às pessoas e

ao mundo, modo-de-ser essencial e irreduzível. Assim, embora não se deva desconsiderar a construção histórico-social das relações de

gênero, reconhecendo que estas modelam diferentes experiências e desigualdades, o propósito primeiro de Gilligan é explicitar, ex-

plicar, a interação destas diferentes vozes, em diálogo dialeticamente complementar.

Os problemas éticos originam-se de responsabilidades conflitantes, requerendo para sua resolução um modo de pensar contextual e narrativo. O ideal do cuidado consiste, então, em uma atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades, de tomar conta do mundo buscando a manutenção da teia de conexão, de modo que ninguém seja deixado sozinho ou desprotegido (Gilligan, 1998). É central a resolução não-violenta de conflitos, pois os envolvidos não são adversários em uma pendência de direitos, mas membros entrelaçados de uma comunidade em rede de relacionamentos, de cuja continuidade todos dependem para assegurar a vida. Conseqüentemente, a comunicação, garantindo a inclusão de todos mediante o fortalecimento de cada parte, é o modo privilegiado para a solução dos conflitos (Gilligan, 1998).

É preciso integrar direitos e responsabilidades, por meio da descoberta da complementaridade das duas visões éticas: cuidado e justiça. Esta integração permite

compreender, por um lado, que as necessidades de compaixão e cuidado são universais e que a desigualdade “violenta” a dignidade humana. Por outro, possibilita perceber a insuficiência de uma concepção de justiça míope para as diferenças da vida humana, corrigindo a latente indiferença de uma moralidade de não-interferência e voltando a atenção para as conseqüências da escolha.

Cuidado: brado profético na atenção à saúde

Cuidar é ir ao encontro e caminhar com o outro, acompanhando-o na promoção de sua saúde. O prestador de cuidados, em um encontro que visa criar laços de confiança e vínculo, mostra-se como um profissional que pode ajudar e acompanhar a pessoa de quem está cuidando, observando a singularidade de seu projeto de vida e identificando as potencialidades de sua particularidade, numa dupla função: de perito e conselheiro (Zoboli e Sartorio, 2006).

Se cuidado é atitude, frente à vulnerabilidade, mover-se pela ética do cuidado implica assumir

um modo-de-ser essencial no qual a pessoa, sem esquecer de si, sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de inter-relações que sustenta a vida e potencializando positivamente estas relações por meio da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos, a fim de defender e promover a vida de todos, especialmente dos mais vulneráveis (Zoboli, 2006a; Zoboli e Sartorio, 2006).

Boff (1999) distingue dois modos de ser-no-mundo: trabalho e cuidado. O “modo-de-ser-no-mundo trabalho” é intervencionista, marcado por uma interação tecnicista com vistas à dominação e subjugação. No “modo-de-ser-no-mundo cuidado” não se almeja o domínio sobre, mas a convivência, pela interação e conjunção, vivendo o valor intrínseco às pessoas e não de sua utilidade.

Num paralelo, para a atenção à saúde, poderíamos dizer que o “modo-de-ser-no-mundo trabalho” equivaleria ao cuidado-técnica, enquanto o “modo-de-ser-no-mundo cuidado”, ao cuidado-ética, e num quadro comparativo, temos:

Modo-de-ser-no-mundo “Trabalho” Cuidado-técnica	Modo-de-ser-no-mundo “Cuidado” Cuidado-ética
Intervenção tecnicista do cuidador sobre quem recebe o cuidado	Ação conjunta de cuidador e pessoa cuidada
Relação de dominação	Relação de convivência
Sujeito – objeto	Sujeito – sujeito
Relações desiguais de poder	Relações equitativas de cidadania
Violência e agressão	Acolhimento e ternura
Objetivos utilitários	Reconhecimento do valor intrínseco das pessoas
Onipotência	Vulnerabilidade, fragilidade e humildade
Arrogância	Solicitude
Individualidade, independência, isolamento	Interconexão e interdependência
Autonomia independente, isolada, individualista	Autonomia responsável e solidária
Ética da justiça: masculina, viril, dos princípios e direitos	Ética do cuidado: feminina, feminista, das atitudes e de responsabilidade

Como cuidado e justiça, também “modo-de-ser-no-mundo trabalho” e “modo-de-ser-no-mundo cuidado” se complementam, com o segundo conferindo ao primeiro uma nova tonalidade. Assim, cuidado-técnica e cuidado-ética devem se complementar dialeticamente na atenção à saúde. A resposta de como realizar isto só pode ser construída por meio de profunda sensibilidade, comunhão e sintonia com a própria vida, reconhecendo-se envolto em uma atmosfera de cuidado e de responsabilidade solidária para com o outro e fazendo frente à tarefa desafiadora de interligar competência técnica e autonomia profissional com compaixão, sensibilidade e responsabilidade, numa relação de vínculo e confiança, com vistas à integralidade dos cuidados prestados, sem obsessão pela eficácia a qualquer custo, mas sabendo quando parar e tendo humildade para admitir ‘posso estar errado’ ou ‘não sei’. E a “convivialidade” (Boff, 1999) das dimensões de produção/técnica e de cuidado; de efetividade/eficácia e de compaixão, permitindo uma “modelagem de cuidado” a tudo que fazemos na saúde.

Cuidado: da ética à experiência espiritual na atenção à saúde

A pessoa cuidadosa presta atenção em tudo que faz e não vai apenas levando a vida; é atenciosa com o que pega na mão, sente e percebe o que a cerca e tudo o que faz recebe significado mais profundo pelo cuidado, pois tudo lhe é valioso. A atitude de cuidado desdobra-se em preocupação, estima e senso de responsabilidade para com todas as coisas. O cuidado é exercício renovado, diário, corajoso e espiritual por excelência, cujo treino concreto consiste em tomar nas mãos, com consciência e atenção às coi-

sas do dia-a-dia, estando em cada momento por completo, com todos os sentidos e atenção. Esta prática concreta gera concentração e leva à relação consigo próprio, com os outros e com as coisas ao redor. Um aspecto importante do cuidado é não classificar em ordem valorativa o que se faz, o que se toca, o que se vive; percebe-se, simplesmente, sem julgar de imediato, ou previamente (Grün, 2005). Isto permitirá entrar em contato com as coisas e com as pessoas, especialmente as mais diferentes, pois derruba barreiras, constrói pontes e não eleva muros, nem cava fossos.

Seguindo nesta linha, podemos dizer que o profissional de saúde cuidadoso presta atenção em tudo que faz e não vai, tão somente, desempenhando suas tarefas da melhor maneira possível. Aproxima-se dos beneficiários do cuidado, sem julgá-los de imediato e em cada tarefa que executa, por mais rotineira e corriqueira que seja, coloca-se por inteiro com toda sua atenção e sentidos, como se fosse a primeira e única vez que a faz. E talvez o seja, pois, naquele tempo é a primeira e única, pode ter feito ontem, há 30 minutos, a fará amanhã, mas naquele exato momento será a única oportunidade, que se perdida não volta. O profissional cuidadoso mais do que agregar cuidado e trabalho congrega cuidado-técnica e cuidado-ética na atenção à saúde, movido e motivado em sua prática pelo espírito do cuidar.

O ser humano configura unidade somático-psíquico-espiritual integrada ao seu meio ambiente, grupo social e universo simbólico de transcendência. Na história, a cultura, esta segunda natureza humana que tem permitido a sobrevivência da espécie, sempre se caracterizou por uma tríplice dimensão: instrumentalidade técnica, organização social e simbólica religiosa. Política, religião e modos

de produção ao se integrarem à cultura, contribuem também para o universo de sentido. Atualmente, a cultura reduz-se a tecnociência instrumental que determina as relações sociais e o sentido da existência. Assim, as pessoas pensam encontrar o sentido de suas existências nas inovações tecnológicas. Tal inversão resulta no ocultamento da vulnerabilidade, o que impede a construção de uma interioridade de sentido e a busca da intersubjetividade dinamizadora das atividades de cuidado e da presença solidária que contrapõem o isolamento e a independência decorrentes da hegemonia técnica. As pessoas não gostam de depender dos outros e orgulham-se de resolver tudo sozinhas, pois o que almejam é isolamento e independência e sentem a interdependência como debilidade e fracasso (Junges, 2006).

Não é necessário muito esforço para perceber o quanto esta inversão está presente na atenção à saúde, orientando sua organização e dificultando o trabalho conjunto das equipes multiprofissionais. Não parece exagerado afirmar que a assistência e as organizações de saúde poderiam construir ícones desta inversão. Como exemplo, tomemos os hospitais que, iniciados como prática de caridade, são hoje organizações complexas, destacadas pela incorporação da tecnociência no cotidiano da assistência. De resposta amorosa, humana e ética à vulnerabilidade da pessoa que sofra, o hospital, embora complexo, se reduziu à instrumentalidade técnica, assumindo a ética e a humanização como valores agregados nas suas declarações de missão e visão que figuram em belas placas, em suntuosos saguões de entrada ou em elaborados portais. A enfermagem pode ser tida como outro exemplo desta inversão, já que ao longo de sua história profissional, a idéia de “vocaçào” foi sendo sufo-

cada pela priorização do preparo e competência técnica para aplicação de instrumentos e procedimentos com destreza e habilidade.

Junges (2006) nos alerta que quem não aceita a vulnerabilidade e interdependência não é capaz de desenvolver atitudes de cuidado. Quem não aceita ser cuidado dificilmente poderá cuidar de outros, uma vez que se proclamando forte e independente a ponto de dispensar a ajuda dos demais, sua própria ajuda a outros soará como uma declaração de potência inferiorizando quem for ajudado. Assim, a vulnerabilidade e fragilidade humanas, para o autor, são, ao mesmo tempo, base e limite do cuidado. O ser humano vulnerável precisa de cuidado, mas quem cuida também é vulnerável como humano que é, e, então, sua ação de cuidar é limitada.

Para fazer frente às “chagas ecológicas” e à manipulação dos seres humanos pela ideologia da técnica, hegemônica na saúde, a solução é resgatar a paixão por tudo que é humano, voltar a maravilhar-se com o milagre da vida e solidarizar-se com as pessoas fragilizadas e excluídas, dando-lhes uma resposta de cuidado. A sociedade atual e a cultura que a sustenta precisam despertar para a necessidade do cuidado diante das realidades vulneráveis, o que exige conversão ética das atitudes e conversão espiritual da mentalidade na linha do cuidar. Na saúde, este giro ético e espiritual é urgente se quisermos, em sintonia com a bioética global, propiciarmos saúde para todos os seres humanos, tidos como a extrema complexificação do ser vivo, pois sua evolução biológica torna-se psíquica, social e espiritual (Junges, 2006; Zoboli, 2003). Para interligar cuidado-técnica e cuidado-ética, temperando o “trabalho” na saúde com o “cuidado”, a cabeça-de-ponte radica-se no fazer despertar e cultivar o espírito do cuidar. De outra forma,

não daremos conta de cuidar da hipercomplexidade e multidimensionalidade humanas.

Colocada de escanteio pela hegemonia biotecnológica da medicina, quando lembrada, a espiritualidade, na saúde, é usualmente discutida no enfoque da assistência às necessidades espirituais das pessoas de quem cuidamos. Sem desconhecer isto, pretendemos refletir um outro lado: a espiritualidade dos profissionais no seu trabalho.

Bioética: empreitada do espírito humano

“A bioética une a ciência biológica e a cultura das humanidades, mas as transcende num ‘credo ambiental e ativista’, numa ‘biofilia’.”. A bioética não é simplesmente uma tarefa cognitiva, é uma empreitada para o espírito humano (Whitehouse, 2003; Potter e Whitehouse, 2004). Isto requer repor a questão do sagrado no mundo e, obviamente, também na saúde.

O sagrado é compreendido como a experiência de um real irredutível, elemento essencial na estrutura da consciência. Aponta para um “além”, ou um “trans”, em relação aos demais níveis de realidade e percepção, entretanto, permanece ligado a eles. Assim, é transcendente e imanente, possibilitando movimentos ascendentes e descendentes entre a realidade dada pela informação e a percepção efetivada pela consciência. Sem isto, a pessoa não será capaz de enfrentar a realidade adversa simbolicamente, transsignificando-a, e buscará uma solução protética que cria a ilusão de superação do problema (Junges, 2006).

A dimensão espiritual, ao tratar do âmbito do sentido da vida, abre o ser humano para realidades além de suas estruturas somática e psíquica e sua configuração histórico-social, transsignificando con-

tingências e abrindo o horizonte do infinito. Em hebraico e grego, “espírito” significa “ar em movimento”, “hálito” ou “vento”. Por isso é sinal ou princípio de vida, força vital, sede dos sentimentos, pensamentos e decisões da vontade, dando vigor aos seres humanos como imperecível que é (Agostini, 1995; Junges, 2006).

Para Jung (1986, apud Elias, 2001), espiritualidade refere-se a uma relação transcendental da alma com a divindade e na transformação daí resultante, ou seja, diz respeito a uma atitude, a uma ação interna, à ampliação da consciência, a um contato com pensamentos e sentimentos superiores e ao fortalecimento e amadurecimento da personalidade que podem decorrer deste contato. Isto pode se dar, por exemplo, por meio da meditação.

As experiências espirituais não acompanham, necessariamente, as confissões de fé ou religiosas, são vivências distintas. Por isto, dar atenção à nossa dimensão espiritual não quer dizer incluir uma dimensão religiosa ou passar a congregar uma comunidade de fé. Há pessoas espiritualizadas que nunca participaram de organizações religiosas e, por outro lado, pode haver pessoas que regularmente frequentam serviços religiosos e não são espiritualizadas (Elias, 2001). É claro que aqui se toma o entendimento de religião como sistema de crenças dogmáticas e não no sentido de religar.

A espiritualidade é espaço relacional onde a pessoa expressa desejos de seu coração, exigências de sua razão, fragilidades, forças, o caminho que está percorrendo, o que a estrutura, suas razões de viver e de esperança. É neste espaço privilegiado que se constroem, pouco a pouco, gestos de liberdade que alçarão a pessoa à altura de sua dignidade de ser humano. Sem a

espiritualidade, a humanidade seria um deserto, pois não haveria para onde drenar a necessidade que temos de percebermos pertencentes a algo mais amplo que o mero cotidiano.

Espiritualidade na saúde: resgate da transcendência do cuidar

Vários são os temas relacionados à espiritualidade (Catanzaro e McMullen, 2001): todos os seres humanos têm potencial para espiritualidade e crescimento espiritual; a espiritualidade é relacional; espiritualidade envolve uma experiência vivida, é uma maneira de viver e em certo sentido espiritualidade é mistério. Embora os seres humanos possam experimentar a espiritualidade, apreciá-la e nela crescer, há muito sobre espiritualidade que não pode ser explicado ou reduzido à linguagem humana.

A espiritualidade é “a atividade pela qual o ser humano sente-se ligado ao todo e percebe o fio condutor que liga e religa todas as coisas para formarem um cosmos” (Boff, 2000, p. 129). Este fio condutor, com o qual o ser humano pode dialogar e entrar em comunhão, recebe vários nomes: Fonte Originária, Mistério do Mundo, ou, simplesmente, Deus. Sentir Deus funda o místico e permite que o ser humano faça a experiência de Deus, acolhendo-o, interiorizando-o e permitindo que impregne toda sua existência. A espiritualidade e a mística subjazem aos discursos éticos com seus valores, normas e atitudes fundamentais. Assim, para fazer brilhar a ética como prática concreta, é necessário remetê-la a uma atmosfera mais profunda, ao conjunto de sonhos, utopias e valores inquestionáveis que se encontram na mística e na espiritualidade. Estas farão com que a ética tenha mais a ver com sabedoria do que com razão, com bem-viver do

que com bem-julgar e com virtudes do que com idéias (Boff, 2000). Parece, então, que sem espiritualidade, no trabalho em saúde, sem o espírito do cuidar, ficam truncadas as pontes entre cuidado-técnica e cuidado-ética.

A consciência e a intencionalidade que levam a enfermeira a eleger a forma como se posicionará em seu trabalho e na atenção prestada guiam-se pelos valores que tem, segundo sua orientação metafísica e fenomenológica. Se esta orientação põe ênfase no cuidado e na unicidade de cada momento ao lado de quem cuidamos, a essência da pessoa em seu “*self spiritual*”, esta conexão com uma força ímpar, permite a expressão de toda potencialidade do cuidado, da ternura e do acolhimento. O foco estará na direção da dimensão espiritual da existência humana, sem deixar de lado a interconectividade biológica, psíquica e social dos seres humanos (Bernick, 2004).

Aliás, segundo Grün (2005), a ternura é a expressão mais autêntica da espiritualidade, sendo que a pessoa grosseira só demonstra que não entende nada de espiritualidade. Quanto mais um profissional de saúde que, por exemplo, destrata um colega de equipe ou um usuário, situações, lamentavelmente, não raras nos serviços. Ternura, cuidado e atenção andam juntas, pois a primeira se manifesta no cuidado e atenção que dispensamos a tudo que existe. A ternura conosco e com os outros é fruto de esforço constante. Como as demais virtudes, requer renovada coragem para uma vida de união e paz com as contradições da própria alma e para a perseverança na relação amistosa com as pessoas, sobretudo quando somos assaltados por sentimentos hostis.

Em pesquisa recente, equipes de saúde que cuidam de pessoas com câncer em estágio avançado,

referem o uso do toque do paciente para lidar com situações difíceis. Parar e ficar, solidariamente, ao lado do paciente, tocando-o, não apenas fisicamente, mas também espiritualmente. O “toque espiritual” é descrito como “ser uma parte do paciente”, onde a equipe de saúde percebe as relações entre os próprios profissionais, o paciente e sua família como mútuas, ou seja, a equipe, também, se permite tocar (Blomberg e Blom-sahlberg, 2007). Os profissionais percebem-se não apenas como *experts* detentores de um conhecimento técnico e um dever ético, mas como seres humanos e companheiros solidários que compartilham a vulnerabilidade de ser humano. Isto leva a que olhem para a própria ansiedade, suas crises ou situações de vida similares, sendo um passo para lidar com a arrogância e onipotência que impedem o cuidado, que prima pela humildade de ver-se limitado, vulnerável e vulnerado. Se os profissionais se reconhecessem assim e estivessem em meio a uma verdadeira comunidade, que poderia ser a equipe de saúde, por certo, ao invés de sentirem o peso do fardo de cuidar experimentaríamos a alegria desta comunhão de espíritos. Reconhecer-se vulnerável na solidão é expor-se à exploração e conseqüente desânimo, mas inserido em uma comunidade que vive ativamente sua interdependência, é passo para força e totalidade do humano. É claro que, como afirma Hoover (2002), isto requer coragem para abrir seu coração e aceitar o risco de ser ferido por alguém. Entretanto, quando se aceita corajosamente este risco e uma profunda conexão de cuidado acontece de fato, consolida-se um processo mútuo, que influencia tanto quem é cuidado, como o cuidador, ultrapassando a convivialidade, e chegamos à comunhão.

Unicamente por ser interpessoal não implica que o cuidado não

seja assimétrico. Em seus pólos de relação há uma pessoa que exerce a ação de cuidar e outra que alcança o resultado do cuidado. É claro que a primeira tem algo a dar e a segunda, a receber. Contudo, quem cuida deve sempre tender e almejar a simetria nesta relação. A assimetria é fenomenológica, como situação dada e definida pela vulnerabilidade atual que sente quem é ajudado. A simetria é ética, como algo a se construir pela consciência da vulnerabilidade potencial de quem cuida (Junges, 2006). Nessa linha, poderíamos dizer que o “toque espiritual” e a comunhão de espíritos ultrapassam estes limites, em um encontro místico que transcende simetria e assimetria e onde esta hierarquia não mais existe ou importa.

A espiritualidade pode ser vista como “aquilo que permite que uma pessoa vivencie um sentido transcendente na vida”. O sentido, ou a compreensão de que a vida faz sentido, implica convicção de que há um papel e um propósito inalienáveis a serem realizados no transcurso de vida que é dom e traz consigo a responsabilidade de realizar o pleno potencial humano, decorrendo, desta realização, um sentido de paz, contentamento ou mesmo transcendência por meio do vínculo com algo mais amplo que a própria existência. Sentido implica direção, significado, experimentar de uma certa maneira. Por isto a pergunta pelo sentido não se dirige aos fenômenos, mas às coisas e aos processos pouco susceptíveis ao trato científico, como o mundo em seu conjunto, o ser humano, a vida, a história, o sofrimento, a morte, etc. (Alarcos, 2006; Breitbart, 2004).

“Ter sentido” e “dar sentido” são distintos. Afirmar que a vida humana “tem sentido” quer dizer que esta leva, em si mesma, estruturas ontológicas que a fazem inteligível

na medida em que antecipam uma finalidade, um propósito nela inscritos. “Dar sentido” à vida significa empenhar-se, livre e conscientemente, no cumprimento desta finalidade ou propósito antevistos. Assim, ontologicamente, “ter sentido” precede “dar sentido”. De fato, “dar sentido” só é possível quando se reconhece que a vida humana em si, dadas suas condições ontológicas, “tem sentido”. Apenas assim, poderá ocorrer o empenho livre, consciente e responsável na empreitada de “dar sentido” à vida. Tal empreitada de buscar sentido integra a experiência espiritual e ativa uma espécie de energia interior ou de atitude que nos capacita a enfrentar as diferentes situações de vida, inclusive as mais adversas. O sentido é sempre sentido da vida e dentro da vida, que é um fenômeno, ao mesmo tempo, original e complexo, princípio e fim de todo sentido (Gracia 2004; Alarcos, 2006).

Então, a espiritualidade da atenção à saúde implica resgatar o sentido transcendente do cuidado. Em outras palavras, é preciso reconhecer que nas práticas profissionais de saúde há um sentido originariamente nelas inscrito, que nos possibilita dar sentido ao nosso trabalho diário. Um sentido que ultrapassa normas, rotinas, procedimentos e mesmo as atitudes e comportamentos ético-morais. Buscar sentido na atenção à saúde configura experiência espiritual que ativa uma espécie de energia interior ou de atitude que capacita os profissionais para fazer frente às diferentes situações de vida e do trabalho, inclusive as mais adversas, que, na saúde, são inúmeras.

Sem desconhecer as limitações e dificuldades impostas pelo mundo do trabalho e pelas organizações de saúde para a concretização dos bens internos às lides profissionais, quando alguém se engaja na prática da enfermagem compromete-se

com o cuidado a um indivíduo ou grupo, assim, engajar-se nesta prática profissional significa comprometer-se em completá-la, ou, ao menos, conduzi-la até o máximo permitido pelas circunstâncias. Requer-se um contínuo compromisso até o ponto no qual é seguro interrompê-la, sendo que abandoná-la antes disso significa, na melhor das hipóteses, algo censurável e, na pior, desencadear um dano. Muitos dos que ingressam no exercício da enfermagem o fazem, geralmente, por razões altruísticas, sendo plausível conceber que esta atividade forte em si recompensas internas diretamente relacionadas à satisfação de ajudar os outros, um bem interno que consiste em cuidar das pessoas caminhando com elas na busca de seu bem-estar (Macintyre, 1984; Sellman, 2000; Wainwright, 2000; Zoboli, 2003).

Não podemos nos deixar anular por quaisquer das contingências da vida e de nossa existência humana, zelando por preservar a autonomia e a participação ativa em nossa trajetória singular de transformação de nós mesmos. Isto requer tempo e paciência, sem os quais não é possível encontrar e dotar de sentido a existência. Por paciência se entende não permitir que nada, nem ninguém destrua a confiança básica interior, a esperança e a aposta de dar sentido ao viver, não se deixando roubar a transparência da alma pelas feridas sofridas ao fazer o bem. A paciência preserva o ser humano do risco de quebrantamento de seu espírito pelo abatimento e, conseqüente perda de sua grandeza. Uma educação que desperte a paciência e robusteça a consciência da própria criatividade gera disposição para a esperança, esta atitude anímica que faz com que o ser humano confie, ainda que nunca com inteira segurança, em seu bom êxito (Alarcos, 2006). Mantidas as devidas proporções,

podemos aplicar estas considerações à nossa existência profissional de cuidadores, não se deixando abater pelas adversidades, venham estas dos eventos interpeladores da própria vida, como a doença, a dor, o sofrimento ou a morte, ou da situação caótica do sistema de saúde que produz iniquidades injustas para os usuários e cidadãos e sobrecarga de trabalho e desgaste aos profissionais.

A espiritualidade de quem cuida e é cuidado impacta a atenção à saúde e a qualidade do encontro que se estabelece. Uma presença total, inteira e por completo neste encontro pode ser tomada como transcendente em sua natureza e qualidade. Esta se torna possível para cuidadores que possuam crenças, estejam concentrados e focados na energia universal e orientados para além do aqui e agora, o que lhes confere capacidade para transignificar a realidade. Esta presença transcendental e transformadora é espiritual, ultrapassando a ação recíproca (*interactional*) e atingindo a comunhão espiritual (*transpersonal*). Isto ocorre quando se efetiva uma unidade, percebida de fato entre quem cuida e quem é cuidado (McDonough-means, Kreitzer, Bell, 2004).

As duas ordens que se encerram no ser humano, o categorial e o transcendental, identificam-se, respectivamente, com o corpo e o espírito. O corpo é limitado e finito, enquanto o espírito transcende todas as situações contingentes e tende, aspira à infinitude, à plenificação, ao absoluto. As ações dos seres humanos, dadas as duas ordens, são concretas, históricas, determinadas, mas também têm uma dimensão transcendental que as faz morais ou religiosas. Se neste ponto se unem moral e religião, é preciso assinalar que a experiência religiosa e a experiência moral são distintas, pois a primeira refere-se a dom e religação e a segunda a mé-

rito e obrigação. É necessário que assinalemos isto, pois há uma certa tendência a confundi-las, o que consiste falácia lógica, com consequências práticas (Gracia, 2004).

Na atenção à saúde, poderíamos dizer que quando cuidamos bem de alguém por dever, obrigação fazemos uma experiência moral. A experiência religiosa e espiritual acontece quando cuidamos bem por decorrência de nossa responsabilidade e compromisso de cuidado frente à vulnerabilidade dos seres humanos e da comunidade Terra, da qual nos reconhecemos integrantes em uma rede de vida que é graça, dom e à qual desejamos permanecer unidos para sermos protegidos e protegê-la, a fim de que todos nela expressem o máximo de suas potencialidades e capacidades em uma sobrevivência compatível com a dignidade humana que se radica em nossa vinculação indelével à eternidade. Isto nos religará a este Todo, por isto será experiência além de espiritual também religiosa no sentido mais originário da palavra religião, *religare*, religar. Vale marcar, obviamente, que desenvolvimentos moral e espiritual não caminham *pari passu*.

Espírito do cuidar: uma espiritualidade engajada

A empreitada do espírito humano que deve marcar a bioética global, na proposta de Potter, não pode ser somente contemplação, tampouco mero ativismo. Nesta proposição percebe-se um apelo para integrar e equilibrar uma vida de ação com um profundo enternecimento pela presença contemplativa, o que remete à questão de uma espiritualidade engajada. Na saúde, a espiritualidade engajada do espírito de cuidar é que permitirá integrar cuidado-técnica e cuidado-ética, criando uma atmosfera de cuidado para o trabalho da equipe

profissional, no equilíbrio oscilante entre ser (ética) e fazer (técnica).

Uma espiritualidade engajada decorre do desenvolvimento de uma prática transformadora e integrada. Radica-se profundamente na vida e no trabalho, questionando a realidade, escolhas e decisões. Não se contenta com a contemplação, mas não a renega, pois “quem tenta agir e fazer coisas para os outros e para o mundo sem aprofundar-se em sua própria auto-compreensão, liberdade, integridade e capacidade para amar, não terá nada para dar aos outros”. A espiritualidade engajada exige uma prática conscienciosa nas ações, que requer exercício e expressão de características de nossa mentalidade, consciência, corpo, alma e espírito, de maneira a desenvolver nossas responsabilidades pessoais e sociais. (Dwyer, 2003).

Olhar para a realidade da vida de ação como a materialidade sobre a qual construiremos nossa capacidade contemplativa é o convite que nos faz uma espiritualidade engajada. Chama-nos a mergulhar profundamente no campo da ação e transformá-lo, muito mais do que se abstrair ou retirar-se do mundo e suas complicações caóticas. Os desafios e as dificuldades que enfrentamos no trabalho e nos relacionamentos conformam o solo rico, no qual podemos cultivar nossa presença conscienciosa que os transforma. Os trabalhadores de saúde encaram, de modo muito particular, situações bastante difíceis e desafiadoras que clamam por uma espiritualidade engajada. Esta não será uma espiritualidade descorporeificada, livre de barulho, dor e que não admite imperfeições ou limites. Ao contrário, a espiritualidade engajada funda-se na realidade de nossa humanidade, que leva em si dor e sofrimento, assim como, alegria e contentamento. Uma espiritualidade engajada, não desculpa nossos erros ou limitações, mas

compreende a aceitação de nossa imperfeição como uma parte necessária e paradoxal da excelência, equilibrando rigoroso auto-exame e ações corretivas com perdão de si próprio e dos outros. Celebra nossos sucessos e honra nossos erros como fontes de informação e crescimento igualmente importantes (Dwyer, 2003).

Uma espiritualidade engajada é essencialmente relacional. Somos chamados a conhecermos a nós próprios e cada um dos outros sempre melhor e mais profundamente nas nossas deliberações. Para isto, requer uma habilidade usualmente ausente em nossas deliberações: a capacidade de silenciar, que é diferente de simplesmente ficar quieto porque inclui acalmar-se, aquietar-se para ouvir e perceber o imperceptível. Mas, esta percepção não pode ser seguida de julgamento, tem que ser acolhida e compreendida. Temos de ser capazes de estar presente em um momento de extrema dor e podermos entristecer-nos, lamentar e perdoar. Nosso trabalho ocorre em meio a relacionamentos, se formos capazes e aptos a honrar e acolher os outros em uma comunhão de espíritos isto poderá gerar "insight" e resolução. Assim teremos uma espiritualidade engajada que integra

ação e contemplação no contexto de uma atenção à saúde cônica e compassiva. (Dwyer, 2003).

Conhecer e acreditar em uma espiritualidade engajada não bastam. É necessário que avancemos para uma prática integrada dentro da nossa vida e do nosso trabalho. Para aprendermos a bem desempenhar técnicas e procedimentos precisamos conhecimentos, mas principalmente prática. Uma espiritualidade engajada também. Como seu próprio qualificativo específica, é engajada, ou seja, conscientemente, intencionalmente inserida dentro de nossa vida, tanto pessoal quanto organizacional. Exige alguma forma de prática meditativa, um programa regular de exercício, leituras sobre meditação e espiritualidade e, idealmente, a participação em um grupo de experiência que sustente a prática. Uma prática integrada sustenta e nutre mente, corpo, alma e espírito de forma disciplinada e regular. Uma pista pode ser gastar, ao menos um dia por semana, para estar intencionalmente presente por inteiro no que estamos fazendo a cada momento, percebendo a riqueza de cada detalhe, até mesmo do imperceptível, saboreando cada momento como único que é. Podemos ir gradativamente aumentando de um para dois dias, e

por certo, logo faremos isto a todo momento. (Dwyer, 2003; Sá, 2003; Grün, 2005; Hermann, 2003; Wansner, Longaker, Fegg e Borasio, 2005).

Então, podemos tomar o espírito do cuidar como uma espiritualidade engajada, relacional e encravada no cotidiano de nossa realidade na saúde. O espírito do cuidar consiste em exercício diário de integração do cuidado-técnica e do cuidado-ética, numa mescla equilibrada, dialética e dinâmica entre ser e fazer, entre disposição do caráter e competência técnica, entre vocação e profissão. Reconhece e admite nossos limites e imperfeições, como paradoxo da excelência em saúde. Deste reconhecimento decorrem a necessidade de auto-exame, a compreensão e o constante aperfeiçoamento, em clima de perdão, disponibilidade e solicitude. O espírito do cuidar nos percebe inseridos em uma comunidade de vida, vulnerável e vulnerada, que clama por nossa proteção e, ao mesmo tempo, é nosso abrigo e refúgio. Porque almejamos mais que a convivialidade entre cuidado-técnica e cuidado-ética, queremos e podemos construir a comunhão de ambos.

Por fim... Parafrazeando o grande poeta Drummond... *Cuidar se aprende cuidando.*

REFERÊNCIAS

- Alarcos FJ. Bioética e pastoral da saúde. Traduzido por: Feltrin AE. São Paulo: Paulinas; 2006.
- Agostini L. Teologia moral: entre o pessoal e o social. Petrópolis: Vozes; 1995.
- Bernick L. Caring for older adults: practice guided by Watson's caring-healing model. *Nurs Sci Q* 2004;17(2):128-34.
- Blomberg K, Sahlberg-Blom. Closeness and distance a way of handling difficult situations in daily care. *J of Clin Nurs* 2007;16:244-54.
- Boff L. Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos. Brasília: Letraviva; 2000.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. São Paulo: Vozes; 1999.
- Breibart W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p.209-40.
- Catanzaro AM, Mc Mullen KA. Increasing nursing students spiritual sensitive. *Nurse Educ* 2001;26(5): 221-6.
- Dwyer DP. An engaged spirituality. *Health Prog* 2003; 84(3):64, 62-3.

- Elias AC de A. "Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade na RE – significado da dor simbólica da morte de pacientes terminais". [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2001.
- Gracia D. Como arqueros al blanco. Estúdios de bioética. Madrid: Tricastela; 2004.
- Grün A. Despertar o cuidado. Traduzido por: Orth E. Petrópolis: Vozes; 2005.
- Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. 31ª reimpr. Cambridge: Harvard University; 1998.
- Hermann ML. Keeping the magic alive in nursing care: advice from the Dalai Lama. Nurse Educ 2003;28(6):245-6.
- Hoover J. The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. J Adv Nurs 2002;37(1): 79-86.
- Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.
- Kuhse H. Caring: nurses, women and ethics. Oxford: Blackwell; 1997.
- Macintyre A. Justiça de quem? Qual racionalidade? Petrópolis: Loyola; 1988.
- Mc Donough – Means SI, Kreitzer MJ, Bell IR. Fostering a healing presence and investigating its mediators. J Altern Complement Med. 2004;10 Suppl.1:525-6.
- Potter VR. Global bioethics: building on the Leopold Legacy. East Lansing: Michigan State University; 1988.
- Potter VR, Whitehouse PJ. Deep and global bioethics for a livable third millennium. The Scientist 2004;12(1), 1998:9.
- Reich WT, organizador. Bioethics Encyclopedia. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan; 1995a. History of the notion of care.
- Reich WT, organizador. Bioethics Encyclopedia. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan; 1995b. Contemporary ethics of care.
- Sá AC. O cuidado do emocional em saúde. 2ª ed. São Paulo: Robe; 2003.
- Sellman D. Alasdair MacIntyre and the professional practice of nursing. Nurs Philos 2000;1:26-33.
- Tong R. The ethics of care: a feminist virtue ethics of care for healthcare practitioners. J Med Philos 1998;23:131-52.
- Zoboli ELCP. O cuidado: uma voz diferente na ética em saúde. In: Segre M, organizador. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Atheneu; 2006a.
- Zoboli ELCP, Sartorio NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. O Mundo Saúde 2006;30(3):382-97.
- Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.
- Wainwright P. Critical response to Sellman's paper. Nurs Philos 2000;1:34-5.
- Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliat Med 2005;19(2):99-104.
- Whitehouse PJ. The rebirth of bioethics: extending the original formulations of Van Rensselaer Potter. 2003, Am J Bioethics 3(4): W26-W31.
-

Recebido em 7 de fevereiro de 2007
Aprovado em 28 de fevereiro de 2007