



Σ th ϕ s & Σ piste ϕ e

Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB
Janeiro-Junho 2018



FACULDADE SALESIANA
DOM BOSCO
MANAUS-AM

ANO XIII, Vol. XXV

Σthφs & Σpistegme

Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB ANO XIII
VOLUME XXV - Janeiro - Junho 2018



FACULDADE SALESIANA
DOM BOSCO
MANAUS-AM



Instituições
Salesianas
de Ensino
Superior

Mantenedora

Inspetoria Salesiana Missionária da Amazônia - ISMA

Inspetor Pe. Jefferson Luis da Silva Santos

Faculdade Salesiana Dom Bosco

Diretor Sócio: Pe. João Benedito da Cunha Alves

Diretor Geral: Prof. Dr. César Lobato Brito

Diretor Administrativo: Pe. Alberto Rypel

Diretor de Pastoral: Pe. José Ivanildo de Oliveira Melo

Editor

Prof. Dr. Klilton Barbosa da Costa (FSDB)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Klilton Barbosa da Costa (FSDB)

Prof. Dr. Pe. Luigi Laudato (FSDB)

Comissão Científica

Dra. Arlinda Cantero Dorsa – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Dr. Heitor Romero Marques – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Dr. Joaquim Hudson de Souza Ribeiro – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Dra. Maria Augusta de Castilho – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Doutoranda Maria Roseane Gonçalves de Menezes – Faculdade Salesiana Dom Bosco (FSDB)

Doutoranda Talita de Melo Lira – Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Fontes de Indexação

Ethos & Episteme é indexada nas seguintes bases de dados nacionais e internacionais:

LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.



FACULDADE SALESIANA
DOM BOSCO
MANAUS-AM



Instituições
Salesianas
de Ensino
Superior

Σθφς & Σπιστεγε

Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB ANO XIII
VOLUME XXV - Janeiro - Junho 2018

Copyright © 2018 Faculdade Salesiana Dom Bosco

Diretor da FSDB

Prof. Dr. César Lobato Brito

Editor

Prof. Dr. Klilton Barbosa da Costa

Revisão

Prof. Dr. Klilton Barbosa da Costa

Projeto Gráfico e Capa

Eduardo de Castro Lacerda

Imagem da Capa

Google Imagens

A exatidão das informações, os conceitos e opiniões são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Ficha Catalográfica elaborada pela Editora da Universidade Federal do Amazonas

Ethos & Episteme: Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB, Ano XIII, Volume XXV.
— Manaus: FSDB, 2018 —

42 v. ; 29 cm

Semestral

ISSN 1809-0400

1 Educação 2 Ciências Sociais 3 Humanas – Periódicos

Faculdade Salesiana Dom Bosco

Unidade Centro: Av. Epaminondas, 57 – Cep: 69010-090

Unidade Leste: Av. Cosme Ferreira, 5122 – Zumbi dos Palmares – Cep: 69083-000

Manaus – AM

Fones: (0xx) (92) 2125-4690 / 3131-4100

Site: www.fsdb.edu.br

E-mail: kliltonb@gmail.com

EDITORIAL09

ARTIGOS..... 11

APOIO PSICOLÓGICO À FAMÍLIA DO PACIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA..... 13

Denise Machado Duran Gutierrez, Joaquim Hudson de Souza Ribeiro,
Selma Barboza Perdomo

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA NO CUIDADO AO PACIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....25

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro, Denise Machado Duran Gutierrez,
Selma Barboza Perdomo



EDITORIAL

É com satisfação que disponibilizamos aos acadêmicos da FSDB e a todos os leitores interessados em conhecimentos relacionados as questões das Ciências Humanas e Sociais, o volume XXV da Revista *Ethos & Episteme*, a Revista Eletrônica da Faculdade Salesiana Dom Bosco.

Nesta edição, a *Ethos & Episteme* apresenta dois artigos relevantes que permitem conhecimentos e reflexões acerca de discussões ao atendimento de pacientes em situação crítica.

O primeiro artigo, dos autores Denise Machado Duran Gutierrez, Joaquim Hudson de Souza Ribeiro e Selma Barboza Perdomo, com o título *Apoio Psicológico à Família do Paciente em Situação Crítica*, tem como objetivo descrever as principais abordagens empregadas para o apoio psicológico à família do paciente em situação crítica, apresenta uma abordagem da Psicologia sobre o sofrimento humano e seu entorno social, mais específica, a família.

O segundo artigo intitulado *Assistência Espiritual/Religiosa no Cuidado ao Paciente em Situação Crítica* dos autores Joaquim Hudson de Souza Ribeiro, Denise Machado Duran Gutierrez e Selma Barboza Perdomo, tem como objetivos: compreender a importância da assistência espiritual/religiosa no cuidado ao paciente em situação crítica e seus principais desafios; apresentar algumas posturas que podem ser realizados e tomados por aqueles que oferecem assistência espiritual/religiosa em ambiente hospitalar. O texto permite reflexões relativas as questões referentes à tríade: espiritualidade, doença e saúde.

Desejamos a todos os leitores um proveitoso estudo, que os artigos possam contribuir para o enriquecimento profissional e que as problemáticas abordadas suscitem novas pesquisas.

Profa. MSc. Maria Roseane Gonçalves de Menezes
Coordenadora do Curso de Licenciatura em Pedagogia da FSDB

ARTIGOS





APOIO PSICOLÓGICO À FAMÍLIA DO PACIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Denise Machado Duran Gutierrez¹ Joaquim Hudson de Souza Ribeiro²
Selma Barboza Perdomo³

Recebido em: 29/05/2017; **Aceito em:** 10/12/2017.

RESUMO

Os objetivos principais desse artigo foram descrever as principais abordagens empregadas para o Apoio Psicológico à família do paciente em situação crítica. A metodologia utilizada foi a de *Revisão Sistemática da Literatura*, em que, a partir do emprego de termos descritores de relevância, se procurou identificar material bibliográfico de importância para o atendimento aos objetivos, nas principais bases de dados na área da saúde. Desse modo, foram utilizados os termos: Apoio Psicológico, família e paciente crítico e consultadas as bases: *Scielo*, *Bireme* e Biblioteca Virtual de Saúde. Como principais resultados, foram identificadas, aproximadamente, 50 publicações, que após triagem quanto à pertinência de seu conteúdo, resultou em 22 produções aqui discutidas. Conclui-se que estamos num campo em que nos restam muitas questões a serem investigadas. Os diferentes tipos de patologias, condições de internação e contextos de cuidado, trazem novos elementos para a análise, os quais nos convocam a um aprofundamento dos estudos e precisam ser mais bem investigados dentro de situações específicas.

Palavras-chave: Apoio psicológico, família, hospital.

ABSTRACT

The main objectives of this article are to describe the main approaches used for Psychological Support to the family of the critically ill patient. The methodology used was the Systematic Review of Literature, in which, based on the use of terms of relevance, it

¹ Psicóloga, Professora-Doutora na Universidade Federal do Amazonas - UFAM. E-mail: ddgutie@uol.com.br

² Psicólogo, Professor-Doutor na Faculdade Salesiana Dom Bosco - FSDB. E-mail: jhudsonmanaus@hotmail.com

³ Psicóloga, Professora-Mestra na Universidade do Estado do Amazonas - UEA. E-mail: sperdomo@uea.edu.br

was sought to identify bibliographic material of importance for meeting the objectives, in the main databases in the health area. Thus, the following terms were used: Psychological Support, family and critical patient; And consulted the bases: Scielo, Bireme and Virtual Health Library. As main results, about 50 publications were identified, which, after screening for the pertinence of their content, resulted in 22 productions discussed here. We conclude that we are in a field where we have many questions to be investigated. The different types of pathologies, hospitalization conditions and care contexts bring new elements to the analysis, which call us to a deepening of the studies and need to be better investigated within specific situations.

Keywords: Psychological support, family, hospital.

I INTRODUÇÃO

A situação do paciente crítico ou grave é, como constatado na maioria das vezes, de sério risco à vida e saúde e de altíssima complexidade. Envolve múltiplos aspectos (biomédicos, sociais, emocionais, familiares, financeiros, relacionais, biográficos) e múltiplos atores (técnicos, gestores, familiares, amigos), os quais interatuam o tempo todo configurando contextos em que a recuperação é mais ou menos provável (FUGULIN et al., 2005; CAMPOS & MINAYO, 2012; MORIN, 2011).

Falar do cuidado à família consiste, pois, sob a perspectiva dessa complexidade, não somente em abordar métodos e técnicas eficientes, mas em fazer referência a esses múltiplos aspectos que definem os grandes cenários da assistência. Partimos da concepção que algo é *complexo*, não somente porque é complicado ou difícil de resolver, pois qualquer complicação, em tese, pode ser reduzida a um princípio simples para sua resolução, mas sim, aquela que traz, em si, as características intrínsecas que identificam fenômenos complexos:

1. Existência de uma associação dos antagonismos presentes na realidade, que não podem ser reconciliados por operações de análise e decomposição;
2. Ser intrínseca à natureza das coisas, e, finalmente;
3. Consistir na emergência de antagonismos dentro de sistemas organizados.

Para dar conta dessa Complexidade é preciso pensar as contradições partindo-se de uma lógica conjuntiva e não disjuntiva. As dualidades e contradições como: pessoa X sociedade, unidade X diversidade, dependência X autonomia, mudança X permanência; estão na base de fenômenos complexos e são sempre verdadeiras e fundamentais. Portanto, não se trata de *isso ou aquilo*, mas, sim, de *isso e aquilo*.

Diante do sofrimento humano, a Psicologia tem formulado teorias e construído experiências que destacam a importância de abordarmos, não somente o paciente, concretamente adoecido e centro de nosso cuidado, mas também, seu entorno social; e nesse, de forma mais específica, a família. Dentro do todo social formado pelo núcleo familiar, como unidade relacional e identitária, tratar a família em contexto de doença grave e risco crítico é essencial.

A família, principal grupo identitário e de socialização do indivíduo, é também a que mais sofre com as dores existenciais do paciente, sua doença, sofrimento e possível morte

(LUNARDI, 2004; FREITAS *et al.*, 2007; MARUITI & GALEANO, 2007). Seu acolhimento é fundamental para a assistência integral à saúde, em especial considerando a Política Nacional de Humanização, em vigor (BRASIL, 2004).

Buscamos aqui retomar, a partir da literatura da grande área da saúde, com foco na Psicologia da Saúde, os princípios fundamentais, e/ou aspectos consolidados pela experiência clínica em Apoio Psicológico (AP). Estas produções nos ajudam a conhecer os limites e possibilidades de intervenção na área, os instrumentos existentes, bem como, as metodologias desenhadas para atender situações críticas.

2 METODOLOGIA

A metodologia empregada foi a de *Revisão Sistemática da Literatura*, em que, a partir do emprego de termos descritores de relevância, se procurou identificar material bibliográfico de importância para o atendimento aos objetivos, nas principais bases de dados na área da saúde (PEREIRA & BACHION, 2006). Desse modo, foram utilizados os termos: Apoio psicológico, família e paciente crítico, e consultadas as bases: *Scielo*, *Bireme* e Biblioteca Virtual de Saúde. Foram, aproximadamente, 50 publicações, que após triagem quanto à pertinência de seu conteúdo, resultou em 22 produções, aqui discutidas.

Essa metodologia, embora pouco utilizada no Brasil, contribui grandemente para que se reúna o maior número possível de evidências quanto ao *estado da arte* de uma determinada questão investigada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Relação X Técnica

Uma questão que aparece com frequência, de forma central ou periférica, na maioria dos estudos, é o fato de que *aspectos cognitivos e instrumentais* são vistos como fundamentais no cuidado à família e/ou paciente crítico (MERHY, 2002). Isso significa dizer que os profissionais da saúde, psicólogos ou não, tendem a dar maior importância ao uso de técnicas e protocolos de procedimentos preestabelecidos em seu trato com a família ou o paciente. Aspectos informacionais são referidos como os mais importantes para que o paciente seja preparado e instrumentalizado para o enfrentamento do tratamento, procedimentos invasivos e colabore, o melhor possível, com as intervenções em saúde.

Aspectos *relacionais e afetivos* são secundarizados e vistos, muitas das vezes, como fatores que atrapalham o bom desenvolvimento do tratamento, em especial, no caso do paciente em situação crítica. Recomenda-se uma postura discreta e neutra, como estratégia defensiva para se proteger contra o sofrimento que a forte ameaça de morte iminente traz consigo.

Embora reconheçamos a importância de informar a família e dar toda transparência para os processos e tratamentos que se seguirão, adotamos aqui uma perspectiva que busca subverter essa visão hegemônica, em favor do reconhecimento de que a saúde

é constructo multidimensional e dependente, não só de uma materialidade, dada pela *condição biológica pura* (se é que é possível falar dela), mas também, e, sobretudo, por um campo relacional afetivo em que acontece a nutrição dos projetos de vida, reconstrução de identidades e projeções do eu no espaço temporal da existência (MERHY, 2002).

Desse modo, entendemos que a vida é mantida, não somente, por um aparato médico tecnológico dado pela tecnociência, mas ancora-se e se sustenta na teia de relações que somente o tecido social é capaz de prover e manter.

3.2 Abordagens para intervenção familiar

Dentre as questões de discussão mais relevantes, quando se fala em Apoio psicológico, destaca-se a referente às diversas abordagens de intervenção recobertas por esse conceito e suas características.

Aqui, identificamos um conjunto bastante heterogêneo de possibilidades que recobrem, desde abordagens mais positivistas e mecanicistas, calcadas em formas de previsão e controle do comportamento (Terapia Cognitivo-comportamental/TCC e Terapia Comportamental), até propostas mais abrangentes, integradoras e holísticas (Gestalt Terapia, Fenomenologia Existencial, Terapia Sistêmica da Família) que buscam compreender aspectos mais afetivo-relacionais dos indivíduos e grupos em interação, conforme discutiremos abaixo.

Há uma visão mais geral dessas propostas de Apoio psicológico presentes na abordagem ao paciente crítico e sua família, com algumas características essenciais que se destacam (Quadro 01).

Abordagem	Características
Terapia Cognitivo-comportamental/TCC	Centrada na resolução de problemas e manejo do comportamento, a partir do manejo de pensamentos disfuncionais. Uso de tarefas e orientação cognitiva.
Terapia Comportamental	Emprego de técnicas de controle de comportamento por meio do rearranjo do ambiente e condicionamento (operante).
Gestalt Terapia	Trabalho voltado à exploração das emoções, a partir do entendimento do campo perceptual do paciente (indivíduo e/ou família) para a construção de novas percepções.
Fenomenologia Existencial	Exploração de aspectos identitários existenciais ligados à biografia e sentido de ser do indivíduo/grupo.
Terapia Sistêmica da Família	Compreensiva, abrangente, multifatorial, multidimensional, interativa, relacional, holística.

Quadro 01: Abordagens de Apoio Psicológico (AP) para famílias.

Fonte: Os próprios autores.

Aprofundaremos, aqui, uma explanação de aspectos teórico-metodológicos da **Abordagem Sistêmica da Família** (MINUCHIN, NICHOLS & LEE, 2009), por entendermos, a partir da literatura investigada, que essa é uma proposta bastante citada e de grande eficácia e capacidade de dar respostas a diferentes problemas que

se apresentam no contexto da família do paciente crítico. Destacamos as seguintes características:

Totalidade: O grupo de AP à família tende a formar um conjunto organizado que passa a agir, sinergicamente, como unidade e totalidade, alavancando apoio emocional aos integrantes. Os vínculos de identificação com as problemáticas comuns facilitam a compreensão de todos, empatia mútua e profundo sentimento de solidariedade e partilha.

Interdependência: Todos, e cada um dos integrantes do grupo, são afetados e internalizam informações e energia de outros componentes do grupo, sendo tocados, não somente pelos estados de saúde dos pacientes, mas também, por aspectos da vida pessoal e familiar de cada um (CAMPOS & MINAYO, 2012).

Autoregulação: diz respeito à capacidade do grupo para enfrentar acontecimentos e mudanças internas/externas procurando se adaptar e equilibrar, ou seja, regular o seu equilíbrio em função de perturbações. Esse processo permite que o grupo tenha uma função amortecedora diante de fatos críticos e traumatizantes. Apoiando, mutuamente, seus integrantes, o grupo absorve em si sentimentos de ansiedade, depressão e desânimo (MATURANA & VARELA, 2001).

Trocas com o ambiente: são fundamentais, pois qualquer sistema vivo precisa trocar informações e energia com seu ambiente para manter sua vitalidade. Ao assim fazê-lo, influencia o ambiente transformando-o; e é influenciado por ele, renovando-se. Modifica o ambiente (serviços de saúde, família extensa, comunidade) e é também modificado por ele, aportando novas informações, novos níveis de compreensão do que está acontecendo com a vida e saúde de sua familiar doente (MATURANA & VARELA, 2001).

Circularidade: Num sistema, é impossível falar em processos causais lineares, pois tudo que acontece é, fundamentalmente, causa e efeito, simultaneamente, de uma teia de relações e interações que acontecem incessantemente. Esta característica está intrinsecamente ligada à questão da totalidade uma dada situação (causa) provoca uma consequência (efeito), da mesma forma que esse efeito atua, circularmente, como uma nova causa, gerando outros efeitos num processo de reverberação contínua (CAMPOS & MINAYO, 2012).

Outro aporte teórico complementar e que potencializa o anterior é a **Teoria da Crise**, a qual nos permite entender como as pessoas e grupos reagem diante de situações extremas, ligadas a ameaça/risco de morte de um de seus integrantes. O conceito de crise diz respeito à percepção de um acontecimento ou situação como uma dificuldade intolerável que excede, em muito, os recursos e mecanismo de enfrentamento da pessoa/grupo. Para entendermos esse conceito precisamos tomar em conta três dimensões essenciais (KANEL, 2002):

1. *Acontecimento precipitante*, normalmente irreversível e impactante;
2. *Percepção do acontecimento* que provoca ansiedade, depressão e paralisia, tem efeito traumático e ultrapassa a capacidade presente de manejo;
3. *Fracasso dos recursos* e mecanismos de enfrentamento de modo que a pessoa não consegue reagir, utilizando suas melhores capacidades, do ponto de vista psicológico, emocional e comportamental.

A intervenção, em crise, volta-se exatamente para o trabalho sobre essas dimensões. Uma vez que é impossível modificar-se o acontecimento vivido, como fato total que é;

procura-se explorar a percepção da experiência vivida, desafiá-la e modificá-la; mobilizar recursos (internos e externos) existentes, construir novas formas de ver e agir diante do desafio vivido. Como objetivo final, se procura melhorar o funcionamento psicológico do indivíduo ou grupo. Possibilitar o amadurecimento da experiência emocional, de tal forma que se abandonem visões fatalistas, marcadas pela culpa e ansiedade extrema, para formas mais integradas em que a experiência seja vivida, como oportunidade de desenvolvimento pessoal ou de desenvolvimento de fortes vínculos com outros membros da família. Há, porém, uma lógica processual no caminho percorrido por pessoas/grupos que vivem crise e luto, após o primeiro impacto de revelação do diagnóstico/prognóstico.

Fase	Característica	Pensamentos	Comportamentos	Apoio Psicológico
Negação	Negação do problema ou situação. Incredulidade sobre a informação recebida, tentativa de esquecer, buscar contraprovas ou outros argumentos.	Não pode ser verdade. Vai passar... Vou dar um jeito.	Busca de segunda opinião ou outras explicações para a questão. Manutenção de comportamento prévio. Recusa do tratamento, ou evitação do assunto.	Compreender empaticamente. Oferecer informação concreta sobre a doença e o tratamento.
Raiva	Expressão de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Inconformismo, acusações a todos.	Por que eu? Isso não é justo! Por que fizeram isso comigo?	Explosões. Recusa conselhos. Evita falar sobre o assunto.	Servir de continente para a raiva, sem reagir, defensivamente. Dar tempo para que o indivíduo/grupo esvazie esse sentimento e o transforme.
Negociação	Barganha religiosa. Promessas, pactos secretos ou expressos abertamente.	Vou trabalhar bastante, tratar bem as pessoas e parar de beber. Vou pensar mais positivamente. Deus me deixa viver pra criar meu filho.	Rezar e fazer um acordo com Deus. Buscar agradar alguém ofendido. Consumir produtos saudáveis para compensar abusos anteriores.	Acompanhar sem recriminações os movimentos do paciente/grupo a procura de sentido e reobtenção do controle. Desmistificar pensamentos defensivos disfuncionais.

Depressão	Profundo sofrimento. Tristeza, culpa, desesperança, medo e isolamento.	Não tenho capacidade para lidar com isso. Nunca mais as coisas ficarão bem. Eu me odeio.	Choro. Afastamento das pessoas. Comportamento autodestrutivo.	Ajuda no planejamento conjunto de comportamentos alternativos mais saudáveis e produtivos.
Aceitação	Emoções mais equilibradas levam o indivíduo/grupo ao enfrentamento da situação. Emerge maior consciência de possibilidades e limitações.	Não é o fim do mundo. Posso superar. Posso aprender com isto e melhorar.	Busca ajuda. Conversa com outros. Planeja estratégias para lidar com a questão.	Reforçar recursos simbólicos para a ressignificação da experiência e sua transcendência.

Quadro 02: Processo de elaboração de crise-luto e o papel do AP.

Fonte: Kubler-Ross (2000) e Kanel (2002).

Essas fases não são vivenciadas de forma linear ou unidirecional. Muitas vezes, o processo é marcado por um movimento de idas e vindas, em que se observa, no entanto, uma tendência para avançar para fases de maior desenvolvimento e integração psíquica. Avanços, recuos e estacionamento, em algum ponto do processo, são esperados, porém, não há regras fixas (KUBLER-ROSS, 2000).

É possível, também, que algum grupo ou indivíduo, a depender do suporte social e estrutura interna da família, possa fazer saltos e deslocar-se mais rapidamente para pontos mais avançados do processo. Nesse sentido, precisam ser levados em conta durante o processo de AP, os valores, recursos simbólicos, crenças e instrumentos concretos para enfrentamento da situação (KUBLER-ROSS, 2000).

3.3 Importante para o AP

Oliveira *et al.* (2003), Baldini e Krebs (1998, 2014) e Vidal (2007) nos apontam, bem como nossa própria experiência clínica confirma, são recomendadas as seguintes posturas:

- Uma atitude acolhedora e empática sem discriminações e julgamentos;
- O reconhecimento dos sujeitos com seus recursos, potencialidades, limites e formas próprias de ver as diferentes experiências, valores, cultura familiar;
- A oferta bem dosada de informações, conforme a capacidade de processamento dos sujeitos;
- A presença regular e compromisso com os sujeitos envolvidos nos vários possíveis desfechos da situação;
- A escuta clínica qualificada.

3.4 Limites e possibilidades de intervenção com famílias

Souza & Santos (2010), Martins *et al.* (2008), Viana *et al.* (2005), Almeida *et al.* (2009), Azeredo *et al.* (2004), assim como, Costa e Costa (2017) são autores que nos ajudam a avançar em nossa reflexão, sugerindo os seguintes limites e possibilidades:

Limites:

- Tempo disponível para a intervenção. Alguns quadros críticos evoluem, rapidamente, para óbito impossibilitando o acompanhamento terapêutico no setting do hospital;
- Indisponibilidade de a equipe multiprofissional envolver-se no processo, seja por falta de tempo ou interesse;
- Resistência da família, paciente ou equipe em lidar com a questão da morte e finitude humana;
- Contradições entre uma perspectiva médica, que se foca na vida e sua manutenção e uma perspectiva psicológica, que nesse momento se foca na qualidade da vida, dignidade da morte e seus processos de subjetivação.

Possibilidades:

- Prevenir descompensações que resultem na eclosão de psicopatologias latentes na família;
- Capacitar a família a desenvolver habilidades para acompanhar e apoiar o membro adoecido e em risco, vivendo junto quanto pode e o melhor possível;
- Mitigar o sofrimento excessivo da família, amparando-a em momentos de intenso estresse, dor, sentimento de perda, incapacidade, falta de suporte social.

3.5 Alguns instrumentos/ferramentas existentes

No que diz respeito aos instrumentos disponíveis, Oliveira *et al.* (2010), Lustosa (2017), Costa Junior e Coutinho (2017) e Baldini (2001) trazem uma série de apontamentos que nos ajudam a sugerir:

- Entrevistas para diagnóstico e acompanhamento clínico;
- Inventários e escalas avaliativas para mensurar equilíbrio psíquico, níveis de estresse;
- Atividades projetivas e visitas;
- Construção grupal de biografias familiares;
- Produção lúdica de material que permita a expressão de angústias, medos e fantasias familiares.

4 CONCLUSÃO

Estamos num campo em que nos restam muitas questões a serem investigadas. Os diferentes tipos de patologias, condições de internação e contextos de cuidado, trazem novos elementos para a análise, os quais nos convocam a um aprofundamento dos estudos e precisam ser mais bem investigados dentro de situações específicas.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Andreza Santos; ARAGÃO, Neylor Rodrigo Oliveira; MOURA, Eliane; LIMA, Gabriela de Carvalho; HORA, Edilene Curvelo; SILVA, Lausimary Araújo São Mateus. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 6, n. 62, p. 844-9, nov-dez. 2009.

AZEREDO, Z.; AMADO, J.; SILVA, H. N. A.; MARQUES, I. G.; MENDES, M. V. C. A família da criança oncológica: testemunhos. **Acta Médica Portuguesa**, 2004. 17: 375-380.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. Grupos de pais: necessidade ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? **Rev. Pediatr.**, São Paulo, v. 4, n. 20, p. 323-331. 1998.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. **Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva**. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=223&fase=imprime>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde 2004.

CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. S. **Tratado de saúde coletiva**. Editora HUCITEC, 2012.

COSTA JUNIOR, Áderison L.; COUTINHO, Silvia Maria G. Programa de atendimento psicológico da Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 18, n. 2, p. 16-25, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

COSTA, Terezinha Pavanello Godoy; COSTA, Mateus Pavanello Godoy. Grupo de apoio psicológico: promovendo melhorias na qualidade de vida de familiares de pacientes portadores de distrofia muscular. *Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto*, v. 8, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

FREITAS, Kátia Santana; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine Azevedo São Leão. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de Terapia Intensiva: Análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 15, janeiro-fevereiro. 2007.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 janeiro-fevereiro; 13 (1): 72-8.

KANEL, Kristi. **A guide to crisis intervention**. New York: Brooks/Cole Publishing Company, 2002.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- LUNARDI, Filho Wilson Danilo; NUNES, Anderlei Collares; PAULETTI, Glaunise; LUNARDI, Valéria Lerch. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 100-109, maio/ago. 2004.
- LUSTOSA, Maria Alice. A família do paciente internado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: 25 mai. 2017.
- MARTINS, Josiane de Jesus; NASCIMENTO, Regina Pereira do Nascimento; GEREMIAS, Cláudia Koch; SCHNEIDER, Dulcineia Ghizoni; SCHWEITZER, Gabriela; MATTIOLI NETO, Hilário. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 4, n. 10, p. 1091-101. 2008.
- MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 1, n. 20, p. 37-43. 2007.
- MATURANA, H. R. & VARELA, F. J. **A Árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Pala Athenas, 2001.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINUCHIN, Salvador; NICHOLS, Michael P.; LEE, Way-Yung. **Famílias e casais: do sintoma ao sistema**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- OLIVEIRA Erika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio; MASTROPIETRO, Ana Paula; PICINI, Vanessa Souza; BUENO, Cristiane Camargo; MATOS, Rodrigo Neri; VOLTARELLI, Júlio Cesar. Grupo de apoio ao familiar do transplantado de medula óssea. **Revista da APAGESP**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 52-62. 2003.
- OLIVEIRA, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio dos; MASTROPIETRO, Ana Paula. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Medicina (Ribeirão Preto)**. In: Simpósio: Morte, valores e dimensões. v. 1, n. 38, Capítulo X, p. 63-68. 2005.
- OLIVEIRA, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio dos; MASTROPIETRO, Ana Paula. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 235-244, abr./jun. 2010.
- PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 4, n. 27, p. 491-8, dez., 2006.

SOUZA, Laura Vilela; SANTOS, Manoel Antônio. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 285-294, abr./jun. 2010.

VIANA, Victor; GUIMARÃES, Hercília; MAIA, Teresa; RAMOS, Madalena; MENDES, Francisco. Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 2, n. 6, p. 119-130. 2005.

VIDAL, Verônica Lopes Louzada. *Atenção e cuidado ao paciente terminal*. **Rev. Cient. Cent. Barra Mansa**, v. 9, n. 17, p. 89-97, jul. 2007.



ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA NO CUIDADO AO PACIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Joaquim Hudson de Souza Ribeiro¹ Denise Machado Duran Gutierrez²
Selma Barboza Perdomo³

Recebido em: 29/05/2017; **Aceito em:** 18/12/2017.

RESUMO

Trata-se de um artigo de reflexão cujos objetivos são: a) compreender a importância da assistência espiritual/religiosa no cuidado ao paciente em situação crítica e seus principais desafios; b) apresentar algumas posturas que podem ser realizados e tomados por aqueles que oferecem assistência espiritual/religiosa em ambiente hospitalar. Considera-se que o “capital humano” é o maior patrimônio de uma organização hospitalar e este deve ser artisticamente trabalhado. Não basta, apenas, o refino e a “perfeição” da técnica prescrita para os procedimentos. É preciso fazê-lo com beleza, elegância, ternura, acolhida e encantamento com a vida. Isso é espiritualidade. Sendo assim, é importante e desafiador, aliar competência humana assistencial e ética. Para o desenvolvimento de uma assistência espiritual e religiosa ao paciente crítico, se faz necessário maior acolhida e possibilidade de discussão, comunhão, orientação e compromisso entre os profissionais da saúde e suas denominações espirituais/religiosas de pertença.

Palavras-chave: Assistência, cuidado, espiritualidade, religiosidade, hospital.

ABSTRACT

It is a reflection article whose objectives are: a) to understand the importance of spiritual/religious care in the care of the critically ill patient and his main challenges; b) present some postures that can be performed and taken by those who offer spiritual/religious assistance in a hospital environment. It is considered that “human capital” is the largest asset of a hospital organization and this must be artistically worked. It

¹ Psicólogo, Professor-Doutor na Faculdade Salesiana Dom Bosco - FSDB. E-mail: jhudsonmanaus@hotmail.com

² Psicóloga, Professora-Doutora na Universidade Federal do Amazonas - UFAM. E-mail: ddgutie@uol.com.br

³ Psicóloga, Professora-Mestra na Universidade do Estado do Amazonas - UEA. E-mail: sperdomo@uea.edu.br

is not enough just the refining and “perfection” of the technique prescribed for the procedures. It is necessary to do it with beauty, elegance, tenderness, acceptance and enchantment with life. This is spirituality. Therefore, it is important and challenging to combine human assistance and ethical competence. For the development of a spiritual and religious assistance to the critical patient, a greater acceptance and possibility of discussion, communion, orientation and commitment between health professionals and their spiritual/religious denominations of belonging is necessary.

Keyword: Assistance, care, spirituality, religiosity, hospital.

I INTRODUÇÃO

Atualmente, a discussão e o interesse em torno das questões relativas à tríade espiritualidade, doença e saúde, têm ganhado destaque em inúmeros ambientes acadêmicos. Porém, os primeiros estudos de caráter epidemiológico e que buscaram tecer correlações entre espiritualidade e religiosidade para pessoas hospitalizadas datam de 1950 (LUCCHETTI, ALMEIDA e GRANERO, 2010).

Todavia, a inclusão do tema espiritualidade em estudos científicos é acompanhada, ainda por muitos, com críticas e olhares estigmatizantes, sendo necessário superar tais oposições que, via de regra, negligenciam o tema, por considerá-lo irrelevante e/ou caracterizam e classificam as experiências religiosas ou espirituais como evidências de psicopatologias ou de credices desnecessárias (CESCON, 2011). Essas posturas opositivas divergem da própria Organização Mundial da Saúde (OMS) quando passa a definir, em 2002, a importância dos cuidados paliativos para o tratamento da dor e outros problemas de ordem física, incluindo a dimensão psicossocial e espiritual. No mais, a OMS também vem discutindo, intensamente, uma proposta de inclusão da dimensão espiritual ao conceito de saúde, inclusive já havendo mesmo anexado conceitos como religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100 (FLECK et al., 2003).

Quando se fala de cuidado da vida, se faz referência ao reconhecimento também das necessidades espirituais e religiosas das pessoas, afirma Pessini (2007). O autor também observa que a própria Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada pela UNESCO, em 2005, entre outras considerações, diz que a identidade de uma pessoa incluem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

Assim, os valores da espiritualidade e da experiência religiosa nata ou adquirida, ao longo da vida, são sumamente importantes para serem potencializados em contextos de cuidados críticos de vida, especialmente naqueles momentos em que a pessoa ou seus familiares estão diante de outras questões também presentes, como por exemplo, a finitude e a mortalidade (PESSINI, 2010). Essa condição vivencial de espiritualidade, ao fazer referência à experiência transcendental das pessoas independe de sua participação ou adesão a um credo religioso (católico, evangélico, candomblé, espírita, islâmico, judaico).

Sabe-se que estar doente em estado crítico, significa estar sujeito a alterações orgânicas, emocionais, relacionais e sociais. Desse modo, cuidados e (re) adaptações de suporte se fazem necessários, tanto para o paciente, quanto para seus familiares. Dentre esses suportes, a assistência espiritual (e também a religiosa) pode fortalecer e

potencializar condições de enfrentamento e superação da adversidade vivida (ZANELLA et al., 2008).

Uma assistência ao paciente crítico deveria ajudá-lo a conviver numa chave de esperança, para uma perspectiva de sentido, mesmo quando é aparente o absurdo e a desesperança. O que se quer reconfirmar é que, em momentos difíceis de dor e sofrimento, frente a um quadro grave de enfermidade, faz uma grande diferença acreditar ou não acreditar que aquele quadro de doença pode ser superado. Quanto à família, principal grupo identitário e de socialização do indivíduo, é também a que mais sofre com as dores existenciais do paciente, sua doença, sofrimento e possível morte (RABELO, ALVES e SOUZA, 1999). Seu acolhimento é fundamental para a assistência integral à saúde e converge com as exigências da Política Nacional de Humanização em vigor em nosso País.

Desse modo, a espiritualidade/religiosidade tem sido identificada como um elemento presente nos contextos relacionais das vivências humanas, inclusive na relação assistencial hospitalar no cuidado ao paciente crítico (ESPINDULA, VALLE e BELLO, 2010). Essa também é uma razão pela qual se faz relevante observar as implicações da assistência espiritual/religiosa nos sistemas dos indivíduos, em suas trajetórias de enfrentamento e superação, frente ao sofrimento causado por conta do estado crítico de sua condição de saúde. Portanto, essa pesquisa almeja ainda ajudar a conhecer, aprofundar e colaborar com essa temática.

2 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E EXPERIÊNCIA RELIGIOSA: PROXIMIDADES CONCEITUAIS

A espiritualidade é **vista** como fator de superação de processos de sofrimento, de adoecimento e dor, assim como, de outras adversidades associadas a esses (CHEQUINI, 2007). Mas, a religiosidade também o é. Pacientes que possuem doenças crônicas, incluindo os que estão em estado crítico quanto à sua condição de saúde, buscam apoio na fé. Alguns no ato religioso, tanto no suporte para a dor e o sofrimento, quanto para alimentarem a esperança de que superação frente à condição que se encontram, chegará a um desfecho favorável (DUARTE e LEAL, 1998).

O fato é que existe, ainda, uma grande discussão conceitual sobre espiritualidade, religiosidade e experiência religiosa. Ora, até se apresentam como sinônimas, se complementam ou se ampliam, mas, algumas vezes, chegam até a divergir (JUNGES, 2012). Alguns autores afirmam que a espiritualidade faz referência a uma dimensão de experiência mais individual, não envolvendo diretamente uma doutrina particular, moral ou princípio ético. Já a religiosidade, envolve rituais, crenças e uma dimensão de fé mais comunitária (MEDEIROS e SALDANHA, 2012).

Entre os diversos conceitos e discussões encontrados nas investigações para esse estudo, a que mais se aproximou, do que também somos concordes, é a que entende a espiritualidade como busca pessoal para entender questões sobre a vida, sobre seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, proporcionando desenvolvimento de *coping* (modo de lidar com a adversidade, como a doença ou sofrimento), de promover resiliência, podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas (SLOAN, BAGIELLA e POWELL, 1999). Por outro lado, acredita-se que seja desafiador e até perigoso distanciar demais os conceitos de

espiritualidade e religiosidade (o que preferimos aqui chamar de experiência religiosa).

Por mais que a espiritualidade seja uma busca pessoal, ela remete ao conceito filosófico existencial e de transcendência, o que a torna vinculada, direto ou indiretamente, à experiência religiosa. É fato, que todas as pessoas têm capacidade inata de transcendência (BOFF, 2001), compreendendo esta como uma condição ontológica humana, do mais profundo de seu ser, apresentando-a, também, como capacidade de ascensão, superação, rompimentos de barreiras e fronteiras, de criar e recriar, de ressignificar, de se projetar, sonhar e realizar.

Mas, vejamos só a proximidade compreensiva quando se aborda experiência religiosa. Tomando como referência a definição (VALE, 1999; ÁVILA, 2007) entende-se a experiência religiosa, enquanto uma experiência vivencial e intuitiva de algo ou de alguém que o faz transcender aparecendo de forma mais ou menos estável durante a vida do indivíduo, e de forma mais intensa em momentos cruciais, pontuais, involuntários e imparciais. Por exemplo, em situações de risco de morte, o que inclui ainda as pessoas em situação de cronicidade quanto à condição de saúde, todavia, mais que um conceito, para Ávila (2007), a experiência religiosa remete a um caráter relacional de encontro e processo que gera transcendência: com o outro (em termos de relações interpessoais na sociedade e na cultura), consigo mesmo (em termos de relações intrapessoais) e com o Outro (em termos de relações com o Transcendente/Deus ou com um “Ser Superior”, segundo as variações possíveis atribuídas por cada um ou pelas denominações religiosas de pertença ou não).

Contudo, a despeito de qualquer polêmica que tenha se instaurado no campo conceitual, existem evidências, cada vez mais crescentes, que fenômenos que transitam nesta ordem (espiritualidade, religiosidade ou experiência religiosa) estão associados à promoção da saúde (ALVES, ALVES e BARBOZA, 2010). Ambas estão, intimamente conectadas, devendo-se evitar um pré-julgamento ou preferência pela espiritualidade ao invés da religiosidade (GOBATTO e ARAÚJO, 2013). Partindo desses pressupostos, preferimos falar de assistência espiritual/religiosa sem nos preocuparmos com a distinção entre elas.

3 DOS DIREITOS DO PACIENTE ÀS POSTURAS PARA A ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA EM AMBIENTE HOSPITALAR

3.1. Dos direitos e desejos dos pacientes

Os sentidos e significados atribuídos por uma pessoa doente durante o tratamento são processuais, isto é, vão se ressignificando, ao longo do tratamento, e dependem de diversos fatores (SILVA et al., 2015), dentre esses, elegeríamos a representação social de saúde e doença que o enfermo e a família possuem e os procedimentos de cuidados, que incluem, ainda, o suporte e as condições necessárias para sair daquele quadro em que a pessoa se encontra.

O que se quer dizer é que o adoecer constitui experiência única. Por mais que a enfermidade ponha em evidência a fragilidade e os limites fisiológicos humanos, ao mesmo tempo, ela pode abrir inúmeras possibilidades de mudanças e de tomadas de posição

diante da vida, incluindo aquelas positivas perante valores permanentes (re) assumidos. Por outro lado, a pessoa doente também vai se permitir cuidar. E mesmo que não permita, dependendo de cada situação, precisará ser cuidada senão piorará ou vai morrer.

No fundo, o adoecer é também um processo de abertura, de entrega, de possibilidade, de relação (seja essa intra e interpessoal) (ZANELLA et al., 2008). Mas também, de mudança, de tomada de (re) posição frente à vida, de solidariedade e esperança. E por que não dizer, de transcendência. Como já afirmamos, vai depender de como a doença, o sofrimento e o tratamento são significados e vivenciados para a pessoa. Porém, acredito, que em muito dependerá do cuidado e das condições ofertadas durante o processo de tratamento. E, no ato de cuidar, a assistência espiritual não pode ser negligenciada. É um direito daquele que se encontra adoecido.

Mas, o que diz a legislação brasileira sobre esse direito? Na legislação brasileira não encontra-se nenhuma referência à assistência espiritual, mas à assistência religiosa (SILVA, 2015). Como já se havia afirmado na introdução desse estudo, as proximidades de compreensão conceituais sobre ambas, não devem criar barreiras a essa reflexão.

A Constituição de 1998 garante o direito à assistência religiosa aos cidadãos que estiverem internados nas entidades civis e militares. Assim, afirma o Artigo 5º, inciso VII: “*é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva*”.

Outra Lei federal (Lei nº 9.982/2000), Artigo 1º de 14 de julho de 2000, vai aprofundar e intensificar esse inciso constitucional.

Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como, aos estabelecimentos civis e militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com familiares em caso de doentes que não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

A mesma Lei, no seu Artigo 2º, fala sobre a importância do contato prévio, do diálogo e do acordo entre aqueles que irão prestar tal assistência, respeitando as normas e procedimentos de cada espaço assistencial institucional onde a pessoa encontra-se internada.

Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no Artigo 1º deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições dos pacientes ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional.

Muitos pacientes desejam e esperam a assistência religiosa e gostariam de receber essa assistência quando internados. Em duas grandes pesquisas realizadas nos Estados Unidos, citadas na publicação de Saad, Masieiro e Battistella (2001), uma delas constatou que 64% dos pacientes desejavam que seus médicos orassem com eles (AMELING, 2000). Outra pesquisa voltada para pacientes, gravemente doentes, mostrou que 74% desses consideravam suas crenças espirituais ou religiosas importantes e gostariam ainda que seus médicos os consultassem sobre isso (GUNDERSEN, 2000). Nessa última pesquisa, 54% dos pacientes entrevistados desejavam uma assistência religiosa ou espiritual durante o tratamento.

Portanto, é importante que os profissionais da saúde (sejam os da assistência direta como os gestores), garantam e facilitem esse direito que cabe aos pacientes. Frente a tal importância, que se respeitem os princípios de autonomia e beneficência bioética para tais intervenções, isto é, que se cuide para que não haja prejuízo para o paciente frente aos procedimentos hospitalares que estão sendo prestados durante o tratamento quando se presta uma assistência espiritual/religiosa.

Se alguns estudos apontam para as influências positivas da assistência espiritual ou religiosa, tanto para os pacientes, quanto para os familiares, como já acenamos anteriormente, a influência negativa dessas foi destacada em outros (BARBOSA e FREITAS, 2009; THAUNÉ-BOYLE, STYGALL e KESHTGAR, 2011). Sobre isso, há um sério debate quanto à assistência religiosa ou espiritual no âmbito da saúde mental e, mais especificamente na Psiquiatria, surgindo, inclusive entre a classe acadêmica, conflitos éticos. Vamos ilustrar com um exemplo.

Pacientes que estejam apresentando um quadro de transtornos mentais graves, como no caso de transtorno psicótico (com sintomas de alucinação ou delírios religiosos), segundo Gearing et al. (2011), a religião, a assistência religiosa ou espiritual prestada, podem atuar também como fator de risco, podendo prejudicar o tratamento e agravar o quadro do paciente.

Por outro lado, Braghetta (2011) dizem que é importante ao profissional da saúde considerar os aspectos culturais dos sistemas de pertença do paciente e de suas vivências, uma vez que não é distante a confusão que se pode desencadear de caráter etnocêntrico frente a um comportamento observado e enquadrado nos manuais de diagnóstico. Os autores observam que é necessário, portanto, continuar construindo propostas de cuidado em saúde mental, mas de forma congruente com os princípios bioéticos, considerando questões as culturais e as crenças religiosas dos pacientes (GEARING et al., 2011; GOBATTO e ARAÚJO, 2013).

4 LEVANDO A ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA AO PACIENTE CRÍTICO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Entre os inúmeros direitos garantidos em assistência e cuidado em saúde para pacientes internados, o que inclui os pacientes críticos, todos têm direito a aceitar ou não a assistência espiritual/religiosa. Por isso, cremos que, antes de tudo, é extremamente importante que se pergunte ao paciente e/ou à família acompanhante (em se tratando de falta de condições de responder por si próprio) algumas perguntas que elencamos abaixo:

- A fé, a espiritualidade, a religiosidade ou a experiência religiosa é importante para você?
- Você quer receber assistência espiritual ou religiosa durante seu período de permanência, aqui?
- Você teria um grupo (pessoas, igreja, denominação religiosa...) ou uma pessoa que frequenta ou confia e que gostaria que viessem aqui para falar disso com você?
- Pessoas de outras denominações religiosas e de assistência espiritual podem vir aqui conversar ou realizar alguma iniciativa espiritual com você? Você tem alguma preferência sobre algum grupo religioso?

Todo aquele que desejar oferecer uma assistência espiritual a um paciente crônico, incluindo os profissionais da saúde em campo de atuação, deve atentar para alguns aspectos importantes a serem considerados:

1. É preciso se certificar, antecipadamente, sobre a atual condição clínica do paciente, seja por meio do boletim médico, por meio do que dizem os acompanhantes, quanto da boca do próprio paciente. A partir disso, faz-se necessário conversar sobre horários de visitas e tempo destinado à assistência espiritual/religiosa, respeitando à rotina do hospital;
2. Deve-se conduzir a assistência espiritual/religiosa com calma e serenidade, mesmo que tenha que contar com um tempo limitado. Por isso, recomenda-se pontualidade no horário marcado e destinado à assistência;
3. É importante uma atitude de acolhida da condição do doente, onde a pessoa que presta a assistência espiritual/religiosa vai assumindo uma posição de empatia e, acima de tudo, de compaixão. É importante chamar a pessoa pelo nome e apresentar as razões pelos quais se está ali, naquele momento. É o esforço de tentar se colocar no lugar do outro, procurando escutá-lo ativamente, isto é, dialogando com ele, sem a pretensão de querer ensiná-lo e de impor algo ao mesmo;
4. Muito cuidado com a preocupação de querer falar para o paciente e de preparar tudo antecipadamente. Somos convidados a por em evidência os valores do paciente, para compreender suas forças e potencialidades, ativando, de algum modo, esses recursos na linha da esperança, em vista do enfrentamento da adversidade vivida. Nessa escuta breve e ativa, deve se procurar mostrar interesse pelo que o outro quer trazer para compartilhar. A espontaneidade tem que encontrar seu espaço, mas ela é diferente da improvisação;
5. Mais do que dar conselhos, repetir frases ou orações prontas e fechadas, precisamos querer estar com o outro, respeitando e acolhendo a unicidade de cada encontro. Aliás, o doente não é objeto de pena ou um coitado à espera de nossa piedade. Madre Teresa de Calcutá já dizia que “os doentes e os que sofrem, não estão pedindo minha piedade e minha religiosidade, mas estão me mostrando que eu posso amá-los”;
6. Ao percebermos que a pessoa está com dificuldade de falar ou, até mesmo, de escutar, em decorrência do estado em que se encontra, somos convidados a nos comunicarmos com os olhos, com o toque sincero, com o movimento expressivo da cabeça (especialmente da face) e proximidade corporal. A linguagem não-verbal é muito importante nessa hora e serve para também transmitir interesse, aceitação, acolhida e disponibilidade;
7. O silêncio na assistência deve ter seu espaço. É, ainda, uma grande oportunidade do uso da linguagem não-verbal e de proporcionar verdadeiros encontros: do paciente consigo mesmo, com a dificuldade que se encontra, com a dimensão transcendente e com aquele que propõe a assistência espiritual/religiosa. O silêncio, nesses momentos, também imprime a ideia de solidariedade e de respeito, mas também, de sensibilidade e consolo ao momento vivido;
8. É preciso que haja sensibilidade e respeito às origens étnicas e às múltiplas culturas e crenças (incluindo as religiosas). Acima de tudo, respeito às preferências

espirituais/religiosas do paciente, sem querer convertê-lo, doutriná-lo, salvá-lo. O caráter assistencial espiritual/religioso exige uma abordagem mais ecumênica do que vinculada a este ou àquele credo religioso de pertença de quem está prestando a assistência. É antiético a imposição de uma crença ou postura espiritual/religiosa sobre o outro. Especialmente nesses momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade. Por isso, é muito importante que haja congruência entre as crenças do paciente com a de quem vai prestar assistência espiritual. Devem-se evitar, acima de tudo, posturas moralistas e preconceituosas;

9. Tomemos cuidado com o que queremos dizer ao paciente. Podem-se gerar falsas crenças sobre melhoras, conformismo diante do quadro clínico em que este se encontra e, especialmente, crenças que gerem conflitos com o tratamento, levando alguns até a abandoná-lo. A assistência espiritual/religiosa oferecida ao paciente crítico não deve funcionar como um medicamento anestésico ou de promessa de cura total por meio da fé, sem que importe outras terapias médicas para aquele caso. Cuide-se para evitar o caráter milagreiro e mágico das orações de intercessão, cura e sacramentalização, assim como, das leituras de textos bíblicos fundamentalistas e descontextualizados (leitura ao pé da letra). Tampouco, deve-se banalizar a dor, o sofrimento, a tristeza e até o desespero do paciente, ou ainda, ignorar ou rejeitar sua raiva, indignação e aborrecimento sentidos. **A saída é a acolhida;**
10. Inúmeras abordagens espirituais ou religiosas para um mesmo paciente, originárias muitas vezes de fontes doutrinárias ou de denominações religiosas diversas, não se mostram adequadas como suporte espiritual transformador. Antes, podem até gerar conflito e confusão mental no paciente e interferir na sua recuperação. Por isso, a equipe de saúde deve estar muito atenta para que a assistência espiritual seja, de fato, acompanhada em tempo específico, e determinada por pessoa preparada para tal finalidade, evitando-se o entra e sai de pessoas que vai “visitar” pessoas doentes para oferecer seus serviços de pregação, “salvar as almas” e doutrinar, a partir de seu grupo religioso de pertença;
11. A assistência espiritual/religiosa não pode ignorar a ausência ou limites das outras áreas de assistência ao paciente. Muitas vezes, aqueles que atuam na assistência espiritual/religiosa vão precisar se posicionar frente ao descaso ao paciente ou a falta de condições adequadas para que a garantia dos direitos do paciente possa ser respeitada e cumprida;
12. A assistência espiritual/religiosa não deveria se descuidar da família do paciente: trata-se de pessoas em estado de sofrimento. Às vezes, essas se encontram em situação de forte crise e angústia. Quem sabe até atravessando fases emocionais muito próximas ao do paciente. Tanto a dor e o sofrimento do paciente, quanto de seus familiares, por mais que necessitem de procedimentos médicos-terapêuticos, esses também necessitam de sentidos e significados novos na linha da esperança;
13. A assistência espiritual/religiosa não deve ignorar um diálogo com o paciente se ele apresentar risco de morte e quiser conversar sobre o assunto. Para acompanhar, dignamente, o processo de morrer, é importante a integração da própria morte, assumindo nossa condição de finitude biológica e nosso limite. E se for o caso, dependendo da crença e da iniciativa do paciente e da família, sem dúvida nenhuma, não se deve evitar conversar sobre transcendência e finitude com os que creem nesses princípios.

É preciso aguçar a sensibilidade para perceber os espaços de transcendência numa perspectiva integrada, privilegiando os lugares antropológicos, não confessionais e não institucionais, nesse caso, um hospital, sem com isso desvalorizar a importância institucional para a vivência da fé em termos de experiência religiosa ou espiritual. Esta perspectiva integrada nos espaços de transcendência deve remeter a assistência espiritual/religiosa em termos de espaços de vivência subjetiva interior, interrelacional, mas, acima de tudo, ética.

Em estudo realizado por Saad e Nasri (2008) afirmam que em hospitais americanos que contam com o serviço de assistência espiritual, como por exemplo, Alexandria Hospital, Thomas Jefferson University Hospital, Hospital of the University of Pennsylvania, há capelães hospitalares próprios para o exercício da assistência espiritual. Esses são provenientes de quatro grupos religiosos: protestante, católico, judeu e ortodoxo oriental. Todos eles estão vinculados a uma organização eclesial nacional e atuam de forma interdisciplinar com a equipe de profissionais de saúde que prestam outros tipos de assistência aos pacientes. A maioria dos pedidos dos pacientes é por referência à denominação religiosa de pertença. Se isso não ocorrer, a assistência oferecida é ecumênica. A assistência espiritual/religiosa é estendida ainda aos membros da família do paciente em encontros periódicos. Os capelães desses hospitais oferecem ainda treinamento em *pastoral clínica* às equipes de saúde. Há procedimentos assistenciais específicos e vão depender do quadro clínico dos pacientes, da faixa etária e do ambiente hospitalar onde se encontram (por exemplo, enfermaria, UTI).

No Brasil, os mesmos autores também apontam como positiva a iniciativa do Hospital Israelita Albert Einstein, ao criar, em 2007, o Núcleo de Estudos sobre Religiosidade-Espiritualidade em Saúde (NERES), buscando interseção entre saúde e espiritualidade e sugerindo diretrizes e rotinas para a assistência espiritual nesse hospital. O NERES realiza, ainda, pesquisas e eventos sobre os efeitos biológicos da fé. Temos ainda conhecimento dos valiosos e competentes serviços prestados na assistência espiritual pela rede de hospitais São Camilo. Vinculados a uma denominação religiosa (católica), a assistência hospitalar camiliana reconhecida internacionalmente, considerando as dimensões biológica, psíquica, social e espiritual, a partir de uma visão holística e ecumênica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos depararmos com a importância da assistência espiritual/religiosa para os pacientes (incluindo os críticos), ainda percebemos que, para a implantação desse serviço, ainda temos muito a avançar no Brasil. A Enfermagem brasileira não pode ficar de fora dessa discussão. Faltam-nos, ainda, iniciativas para a proximidade entre profissionais da saúde e representantes de grupos e denominações espirituais/religiosas que atuam ou querem atuar nos hospitais (como estudo, discussão e capacitação), em prol de um atendimento integral e de qualidade aos pacientes e seus familiares. Porém, há algumas iniciativas, já presentes no Brasil, e muito mais na Europa e nos Estados Unidos. Essas têm oferecido esse serviço de forma organizada e sistematizada o que as faz mostrar resultados surpreendentes (BALBONI et al., 2007). Desse modo, acreditamos que nossa contribuição, por meio desse estudo, possa colaborar não só com a Enfermagem, mas com outras categorias profissionais atuantes na área da saúde.

No ato de cuidar, próprio da Enfermagem, vale recordar, segundo Pessini (2010), que o “capital humano” é o maior patrimônio de uma organização hospitalar e este deve ser artisticamente trabalhado. Não basta, apenas, o refino e a “perfeição” da técnica prescrita para os procedimentos. É preciso fazê-lo com beleza, elegância, ternura, acolhida e encantamento com a vida. Isso é espiritualidade. Daí, porque é importante e desafiador, aliar competência humana assistencial e ética.

Nesse momento, milhares de *samaritanos* anônimos devem estar nos hospitais fazendo o que sabem e o que podem na assistência espiritual, prestando solidariedade e esperança, especialmente aos mais carentes, empobrecidos e doentes da sociedade. Poderiam fazer melhor, se houvesse mais acolhida e possibilidade de discussão, comunhão, orientação e compromisso entre os profissionais da saúde e suas denominações espirituais/religiosas de pertença.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, Rômulo Romeu da Nóbrega; ALVES, Humberto da Nóbrega; BARBOZA, Raynner Rilke Duarte. The influence of religiosity on health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 15, p. 2105-2111, 2010.

AMELING, Ann. **Prayer**: ancient healing practice becomes new again. **Holist Nurs Pract**, v. 14, n. 3, p. 40-8. 2000.

ÁVILA, Antônio. **Para conhecer a Psicologia da Religião**. São Paulo, Loyola, 2007.

BALBONI, T.A. et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. **Journ of Clinical Oncology**, v. 5, n. 25, p. 555-60, 2007.

BARBOSA, Kelen de Azevedo; FREITAS, Marta Helena. Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. **Rev. Kairós**, v. 1, n. 12, p. 113-34, 2009.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro, Sextante, 2001.

BRAGHETTA, Camila Caseletti. Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clin.**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 189-93, 2011.

CESCON, Everaldo. **Neurociência e religião**: as pesquisas neurológicas em torno da experiência religiosa. **Teocomunicação**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 293-314, jul./dez. 2011.

CHEQUINI, Maria Cecília Menegatti. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 16, n.1 e n.2, 93-117, 2007. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/18059/13419>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 210p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/yw42p/pdf/duarte-9788575412572.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

ESPINDULA, Joelma Ana; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do; BELLO, Angela Ales. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1229-1236, dezembro de 2010.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, Aug. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

GEARING, R. E. et al. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. **Schizophr. Res.**, v. 1-3, n. 126, p. 150-63, 2011.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 1, n. 24, p. 1-34, Abr. 2013.

GUNDERSEN, L. Faith and healing. **Ann. Intern. Med.**, v. 2, n. 1, p. 169-72, 2000.

JUNGES, Márcia Regina de Oliveira José Roque. **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos**. Estudos de Psicologia, v. 17, n. 3, setembro-dezembro/2012, 469-476. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

LUCCHETTI, Giancarlo; ALMEIDA, Luiz Guilherme Camargo de; GRANERO, Alessandra Lamas. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 128-132, março de 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

MEDEIROS, Bruno; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 53-61, março de 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

PESSINI, Leo. Spirituality interpreted by sciences and health. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 31, p. 187-195, 2007. Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/53/06_a_espiritualidade.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

_____. **Espiritualidade e arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde**. São Paulo, Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/457.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiat.**, v. 8, n. 3, p. 107-12, 2001. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=314>. Acesso em: 26 mai. 2017.

SAAD, Marcelo; NASRI, Fabio. Grupos de religiosidade e espiritualidade. **Psicologia e humanização: assistência a pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, p. 349-359. 2008.

SILVA, Jacqueline Barbosa et al. **Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV**: repercussões no tratamento. **Physis**, v. 25, n. 1, Jan-Mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

SILVA, Henrique Batista e. Assistência religiosa/espiritual aos pacientes da UTI. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – PARECER CFM n. 43/15. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2015/43_2015.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E; POWELL, T. Religion, spirituality, and medicine. **Lancet**, p. 664-7, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10030348>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

THAUNÉ-BOYLE, I. C.V.; STYGALL, J.; KESHTGAR, M. R. S. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast câncer in the UK. **Psucho-Oncology**, v. 20, n. 7, p. 771-82, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878874>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

VALLE, Edênio. **Psicologia e experiência religiosa**. Edições Loyola, São Paulo, 1999.

ZANELLA, Andréa V. et al. (Org.). **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. 422p.

NORMAS DE PUBLICAÇÕES

ETHOS & EPISTEME (Revista de Ciências Humanas e Sociais da Faculdade Salesiana Dom Bosco/FSDB ISSN n. 1809-0400) aceita trabalhos inéditos sobre assuntos atuais e relevantes para a discussão de questões relacionadas às Ciências Humanas e Sociais (Administração, Antropologia, Ciências Sociais Aplicadas, Filosofia, Pedagogia, Serviço Social).

NORMAS PARA ENVIO DE MATERIAL PARA AS SEÇÕES DA REVISTA ETHOS & EPISTEME:

ETHOS & EPISTEME recebe textos para publicações em três modalidades : Artigos, resenhas e resumos (Tendências, relatos de experiências, reflexões pedagógicas) cada uma com sua especificidade.

1) Artigos

A apresentação de artigos, com, no máximo 15 laudas, deverá obedecer a seguinte sequência (não devendo ser inferior a 12 laudas):

- Título do artigo (o título será em letra maiúscula, centralizado e negrito, tamanho 14. Abaixo, um espaço de linha, centralizado, tamanho 12, com fonte Times New Roman, o nome completo do(s) autor(es) identificados por exponencial numérica. Os trabalhos deverão conter no máximo quatro autores);
- Na próxima linha em espaço, justificado deverá conter nome(s) completo(s) do(s) autor(es), suas credenciais e local de atividade, instituição do(s) autor(es) segundo a numeração exponencial numérica, separados por ponto e vírgula (caso tenha mais de um autor), incluindo o endereço, telefone, e-mail, fax (do trabalho e residencial) também tamanho 10;
- Na página seguinte resumo indicativo em português, inglês ou espanhol, com 200 a 250 e espaço interlinear simples;
- De três a cinco palavras-chave em português, inglês ou espanhol, conforme o resumo escolhido, pelo autor do trabalho, para a língua estrangeira a ser traduzida para o resumo;
- O texto será justificado, tamanho 12, espaçamento 1,5, com exceção dos subtítulos da estrutura textual, em maiúsculo e negrito. O parágrafo é um espaço simples com recuo de 1 cm;
- Quando ocorrer à necessidade da inserção de ilustrações (tabelas, quadros, imagens-fotos, desenhos, esquemas), os mesmos devem ser citados no final do texto desenvolvido pelo autor do trabalho. Exemplo: As abelhas são importantes insetos presentes na Amazônia [...] sendo representantes da biodiversidade brasileira. (Foto 4).
- Referências em ordem alfabética, conforme ABNT 6023 (2002).

Exemplos:

a) Livros:

HEEMANN, Ademar. **Natureza e ética:** dilemas e perspectivas educacionais. Curitiba: UFPR, 1993.

b) Capítulo de livro:

RUSSOMANO JR, Victor. Direitos e deveres do empregado e do empregador. In: MAGANO, Otávio Bueno (Coord). **Curso de direito do trabalho**. São Paulo: Saraiva, 1985, p. 235-291.

c) Artigos de periódicos:

GODIM, Maria Augusta Drumond Ramos. Teorias de aprendizagem: uma iniciação ao estudo, **Educação e Compromisso**, Terezina, v. I, n. 1-2, p. 23-25, jan./dez. 1989.

d) Tese/dissertação/TCC:

LAKATOS, Eva Maria. **O trabalho temporário: nova forma de relações sociais**. São Paulo, 1979, 2 v. Tese (Livre-docência em Sociologia). Escola de Sociologia e Política de São Paulo.

FERNANDEZ, Setúbal Onório. **Inclinações da atividade fabril no oeste de Manacapuru**. Benjamin Constant, 2014, 94 p. Mestrado (Dissertação apresentada no Curso Ciências Ambientais da Faculdade de Biodiversidade, Bioprospecção e Indústria, UFAM – Campus Benjamin Constant, para obtenção do título de Assistente Social). Campus Benjamin Constant, Universidade Federal do Amazonas. **(Exemplo fictício)**.

e) Artigo de jornal:

FROTA-PESSOA, Osvaldo. **Sociologia: o fator genético**. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2 de mar. Caderno 5, p. 27.

f) Em meio eletrônico:

ALVES, Rogério Marques de Oliveira; CARVALHO, Carlos Alfredo Lopes de; SOUZA, Bruno Almeida. 2003. **Arquitetura do ninho e aspectos bioecológicos de *Trigona fulviventris fulviventris* Guerin, 1853** (Hymenoptera: Apidae). Comunicação científica, Magistra, Cruz das Almas, Bahia, v.15, n.1, especial. Disponível em <http://www.magistra.ufpb.edu.br/publica/magist15_1_ento/03-15_1_ent-06c.html>. Acesso em: 17 de nov. 2004.

CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA da UFPE, 4 ed., 1996. Recife. **Anais eletrônicos**, Recife: UFPE, 1996. Disponível em: <<http://www.propesq.ufpe.br/anais/anais.htm>>. Acesso em: 21 de jan. 1999.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Instrução Normativa 11, de 20 de outubro de 2000. Regulamento técnico de identidade e qualidade do mel. Disponível na internet: <http://extranet.agricultura.gov.br/sislegis-consulta/ser/et/visualizar_anexo?Id=1690>. Acesso em: 16 de jun. 2000.

Anexos ao texto:

Recomendamos evitar os anexos e propô-los, somente quando estritamente necessários à compreensão dos textos apresentados.

Notas:

Pede-se que as notas não ultrapassem a média de 3,5 linhas por página, onde sua

numeração obedeça, rigorosamente, as indicações do texto e que sejam digitadas ao pé da página, pelo recurso de inserir notas do word. As ilustrações, quando existirem, devem ser produzidas, obedecendo as seguintes orientações:

- a) **MATERIAIS GRÁFICOS:** Fotografias nítidas e gráficos (estritamente dispensáveis a compreensão do texto) poderão ser aceitos e deverão ser assinalados, no texto, os locais onde devem ser intercalados pelo seu número de ordem. Caso as ilustrações tenham sido publicadas, mencionar a fonte e a permissão para publicação, tamanho 11, em negrito;
- b) **QUADROS:** Os quadros deverão ser acompanhados de cabeçalho (na parte inferior do quadro) que permita compreender o significado dos dados reunidos, sem a necessidade de referência ao texto. Os mesmos devem ser citados, com numeração específica, no local que devem ser inseridos, ao final das correções do artigo, tamanho 11, em negrito.
- c) **Tabelas:** As tabelas, assim como os quadros, deverão vir acompanhadas de cabeçalho (na parte superior da tabela), tamanho 11, em negrito.

Citação de autores:

Conforme NBR 10520 de julho de 2001. Devem ser feitas no corpo do texto (autor-data). As entradas pelo sobrenome do autor/vírgula/data ou autor/vírgula/data/vírgula/página podendo ser na forma direta ou indireta, por exemplo:

Silveira (1999, p. 20) descreve: “ o estudo das [...] ciências” ou “Artigos são os trabalhos aprovados[...] revista” (FRANÇA, 2000, p. 51).

As citações diretas no texto de até três linhas, devem estar contidas entre aspas duplas (“”). As aspas simples são utilizadas para indicar citação no interior da citação.

As citações diretas, com mais de três linhas, devem ter um recuo de 4 cm de margem esquerda, com letra menor que a do texto utilizado e sem aspas.

Exemplo:

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional ou regional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos comuns de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone, e computador. Através de áudio-conferência, utilizando a companhia local de telefone, um sinal de áudio pode ser emitido em um salão de qualquer dimensão. (NICHOLS, 1993, p. 181).

Devem ser indicadas as supressões, interpolações, comentários, ênfase ou destaques, do seguinte modo:

- a) supressões: [...]
- b) interpolações, acréscimos ou comentários: []
- c) ênfase ou destaque: grifo ou negrito ou itálico.

2) Tendências

Serão aceitos textos sobre temas inovadores com o objetivo de promover discussões interdisciplinares. Os originais deverão ter, no máximo, 3 laudas.

3) Relato de Experiências

Curtos relatos de experiências vivenciadas por pessoas em situações de convivência em instituições educativas. Os originais deverão ter, no mínimo, 3 laudas.

4) Reflexão Pedagógica

Textos originados de trabalhos desenvolvidos por acadêmicos de cursos de Filosofia, Normal Superior, Pedagogia, Serviço Social, Sociologia, etc, nas diversas disciplinas (monografias, relatórios de estágio, ensaios). Os originais deverão ter, no mínimo, 3 laudas.

5) Resenhas

- Serão aceitos resenhas críticas de livros, com informação completa da fonte resenhada;
- Os originais deverão ter, no máximo, 12 laudas;
- ETHOS & EPISTEME está aberta para colaborações, mas reserva-se o direito de publicar ou não o material espontaneamente enviado à redação. Os artigos assinados são da responsabilidade de seus autores;
- O parecer sobre a aceitação ou não dos originais será comunicado ao autor ou ao primeiro, quando forem mais de um, não se obrigando a ETHOS & EPISTEME a devolver os originais a ela enviados;
- Todo o trabalho aceito será submetido a uma revisão, caso o texto exija modificações substanciais, será devolvido ao autor para que ele mesmo as faça.

ETHOS & EPISTEME disponibilizará os artigos publicados no site da FSDB (www.fsdb.edu.br/revistaethos&episteme).

Dr. Klilton Barbosa da Costa
Editor-Chefe da Revista Ethos & Episteme



FACULDADE SALESIANA
DOM BOSCO
MANAUS-AM

A correspondência e o material para publicação deverão ser encaminhados à:

REVISTA ETHOS & EPISTEME

Endereço – Faculdade Salesiana Dom Bosco
Rua Epaminondas, 57 – Centro – CEP: 69.010-090
Manaus – AM
Telefones: (92) 2125-4690 / Fax: (92) 2125-4647
E-mail: kliltonb@gmail.com

revista Ethos e Episteme abre novas possibilidades alternativas e inovadoras do registro científico e acadêmico do processo de produção do conhecimento em Ciências Humanas e Sociais.

O horizonte hermenêutico que ela propõe possibilita um distanciamento tal que lhe permite ousar na reflexão que pode ser estabelecida entre Ética e Conhecimento.

Sendo o Ethos uma ação e atitude de compromisso responsável para com o ser do outro, é orientador do sentido que deve ter o conhecimento produzido pela ciência. Isto quer dizer que o conhecer só faz sentido na direção de tornar a humanidade melhor.

Ethos e Episteme assume esse compromisso de permitir que o conhecimento seja disseminado e que a Ética possa ser balizadora dos saberes que devem ser construídos e divulgados a partir do compromisso com o BEM COMUM.

A Revista colocá-se à disposição de todos e todas que, produzindo conhecimento, possam divulgá-lo porque nos torna a todos melhores cidadãos e seres humanos mais comprometidos e completos.



FACULDADE SALESIANA
DOM BOSCO
MANAUS-AM

