

R E V I S T A

Saúde & Espiritualidade

#30 Set. | Out. | Nov. | Dez. | 2021

A Eritroblastose fetal na obra *Evolução* *em dois mundos*

**Ética do médico
espírita** no uso
das **radiações**

Laborterapia,
dependência
química e
saúde mental

O conceito de
saúde espiritual
pede a consideração
de **apoio espiritual**

Editorial



O conceito de saúde espiritual vem sendo cada vez mais utilizado dentro da área da saúde, gerando uma reflexão sobre a necessidade de a dimensão espiritual ser reconhecida como fator fundamental para o bem-estar geral, ao lado dos bem-estares físicos, mentais e sociais, ampliando o modelo biopsicossocial.

Neste número, Marcelo Saad fomenta importante debate em torno dessa questão, salientando a necessidade de termos um serviço de apoio espiritual bem estruturado em condições de atender às deman-

das relacionadas a uma abordagem integral do ser humano. Ademais, a busca de uma bioética personalista espírita que contemple a dignidade ontológica, a partir da fecundação, tem sido um dos principais pilares do paradigma médico-espírita.

A AME-Brasil tem se empenhado para que as conclusões filosóficas geradas a partir da visão médico-espírita referente às questões éticas aplicadas à vida possam nortear as ações práticas dentro da medicina.

A revista ainda traz os interessantes artigos “Laborterapia, dependência química e saúde mental” e “Hipótese etiológica para a eritroblastose fetal na obra *Evolução em dois mundos*”.

Uma boa leitura!

Gilson Luís Roberto

Presidente da AME-Brasil

Saúde & Espiritualidade é uma publicação da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil).

Diretoria AME-Brasil - Biênio 2021-2023:

Presidente: Gilson Luís Roberto

Vice-presidente: Kátia Maria Marabuco

1º Secretário: Fábio Nasri

2º Secretário: Ricardo José dos Santos

1ª Tesoureira: Márcia Regina Colasante Salgado

2ª Tesoureira: Paulo Rogério Dalla Colletta Aguiar

Conselho Editorial: Departamento de Comunicação AME-Brasil

Jornalista Responsável: Giovana Campos

Revisão Textual: Gaia Revisão Textual

Planejamento Gráfico: Dimitrius Gutierrez (JiMyM4rt3)

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores.

Associação Médico-Espírita do Brasil - Av. Pedro Severino, 323 - Jabaquara - São Paulo/SP - CEP: 04310-060 amebrasil@amebrasil.org.br



Seja um sócio correspondente

Com o objetivo de ampliar cada vez mais o Movimento Médico-Espírita no mundo, a AME-Internacional está abrindo espaço para a participação de sócios correspondentes.

Essa é uma forma de todos colaborarem, enviando-nos notícias, textos e pesquisas, visando assim estreitar o relacionamento entre nós.

Contamos com a sua participação ativa na ampliação do Movimento Médico-Espírita e na implantação de novos paradigmas para a ciência. Participe!

Cadastre-se já, acessando o site: www.amebrasil.org.br/sociocorrespondente.html
Outras informações na Associação Médico-Espírita do Brasil - Telefax: 55 11 5585-1703

LINKS PELO MUNDO

Confederação Espírita Colombiana
www.confecol.org

Allan Kardec Studien - und Arbeitsgruppe
ALKASTAR e.V. - Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Tel.: 00 49 5111 914 95 02
www.alkastar.de
www.kongress-psychomedizin.com
www.psychomedizin.com

Movimento Espírita Francofônico
www.lmsf.org

British Union of Spiritist Societies
www.buss.org.uk

Grupo Espírita Bатуíra
Editora Verdade e Luz
Email: vendas@verdadeluz.com
URL: <http://www.verdadeluz.com>
Telefone (351) 21 412 1062
Telemóvel (351) 21 412 3337
Fax: (351) 412 3338
Morada: Rua Marcos Portugal 12A
1495-091 - Algés - Portugal

ONDE ENCONTRAR LIVROS

ALEMANHA

Editora Lichttropfen
Lichttropfen Verlag
Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Telefone: 00 49 5551 914 95 02
www.lichttropfen-verlag.de

REINO UNIDO - LONDRES
www.roundtablepublishing-uk.com
www.buss.org.uk

ITÁLIA

e-mail: tinapt@tiscalinet.it

LUXEMBURGO

allankardeclux@yahoo.fr

POLÔNIA

E-mail: przemekgrzybowski@poczta.onet.pl
(contato em inglês, esperanto e polaco)

Editora Rivail
www.rivail.pl - konrad.jerzak@rivail.pl
(contato em polonês, esperanto, inglês, francês, português, espanhol)

ESTÔNIA

e-mail: august.kik@mail.ee

FRANÇA

Conseil Spirite Français
www.spiritisme.org
e-mail: ca@conseil-spirite.fr

SUÉCIA

e-mail: 4bergman@telia.com
Cidinha Bergman

NORUEGA

e-mail: geeak@chello.no
www.geocities.com/athens/oracle/8299

LIVROS DO CEI NA EUROPA

Edicei-Suisse - www.edicei.ch
Edicei-Europa - www.edicei.eu

EUA

www.ediceiofamerica.com
e-mail: andrea.marshall@edicei.com

Sumário





07

**Ética do médico
espírita** no uso
das **radiações**



19

**Hipótese
etiológica** para a
eritroblastose fetal
na obra ***Evolução
em dois mundos***



24

**Laborterapia,
dependência
química e saúde
mental**



29

O conceito de
saúde espiritual
pede a
consideração de
apoio espiritual



Abordagem **médico-espírita** na prática

Ética do médico espírita no uso das radiações

Carmelindo Maliska¹

“O verdadeiro homem de bem é aquele que pratica a lei de justiça, de amor e caridade, na sua maior pureza. Interroga a sua consciência sobre os próprios atos, pergunta se não violou essa lei [...] se fez todo o bem que lhe foi possível, se não deixou escapar uma ocasião de ser útil, enfim, se fez aos outros tudo aquilo que queria que os outros fizessem por ele”
(Kardec, 2005, cap. XVII.3).

As conceituações de ética e moral, no meio espírita, estão bem esplanadas em publicações da AME-Brasil (Iandoli Jr., 2015). Resumindo, ética seria a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, em que a espiritualidade serve de ferramenta e de molde para nortear e consolidar a conduta do espírita. A bioética pode ser definida como ética da vida, e para nós cristãos, sua base conceitual se relaciona diretamente com os ensinamentos

do Mestre Jesus, quando respondeu ao fariseu que era doutor da lei: “Amarás ao Senhor teu Deus de todo teu coração e ao próximo como a ti mesmo” (Mateus *apud* Kardec, 2011).

O indivíduo ético o é em qualquer ambiente e em qualquer situação. Quanto maiores o conhecimento e a área de influência abrangida pela função que exerce, com mais esmero deve pautar sua conduta por princípios éticos, particularmente quando dirigente de instituição ou estabelecimento que lida com materiais ou substâncias que possam causar dano aos humanos e aos outros seres vivos.

Diante desse contexto, destacamos que aplicações médicas de radiações e substâncias radioativas podem causar danos aos pacientes, aos profissionais e ao público em geral, por isso exigem um procedimento responsável e de acordo com os princípios da Bioética da parte de quem as realiza. É dentro desses princípios que desenvolveremos nosso tema.

¹ Doutor em Medicina Nuclear pela UFRJ; presidente da AME-Niterói-RJ; professor de Espiritualidade e Saúde na Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu-RJ.

Aspectos históricos

Antes da descoberta dos raios X, o médico tinha que recorrer à laparotomia exploradora para identificar a natureza de formações tumorais localizadas no interior do corpo, percebidas por palpação e dor local. Os raios X permitiram a visualização do corpo por dentro, através de sua parede externa.

Os raios X foram descobertos por Wilhelm Conrad Röntgen, professor da Universidade de Würzburg, Alemanha, enquanto estudava a descarga elétrica em tubos de vidro em que era feito vácuo, em presença de traços de gases orgânicos. Grande parte desses tubos era fabricada pelo cientista “Sir” William Crookes, que foi assíduo pesquisador da comunicação dos Espíritos. Röntgen pesquisava o que acontecia quando um feixe de elétrons (raios catódicos) era acelerado entre o polo negativo (catódio) e o polo positivo (anódio ou anticatódio), produzindo luzes variadas. Esse fenômeno era estudado, na época, por muitos pesquisadores dos fenômenos físicos (Santos, 1995).

Na noite de 8 de dezembro de 1895, tendo coberto o tubo com papel preto, ao ligar os polos do tubo, observou que a tela pintada com tinta fluorescente se iluminava. Perguntou-se que raio era capaz de atravessar a parede de vidro do tubo e o papelão preto, uma vez que os raios catódicos não atravessam o vidro, e a luz é incapaz de atravessar o papelão preto. Colocando sua mão entre o tubo e a tela, verificou que os raios atravessavam a “carne”, mas não atravessavam os ossos. Chamou ao incógnito fenômeno, que havia observado, de raios X. Em seguida, fez uma radiografia da mão de sua esposa com uma “chapa” do fotógrafo da praça,

que a revelou e fez a primeira fotografia obtida pela passagem dos raios X por um segmento do corpo humano. Esta foi uma das maiores descobertas do gênio humano que mais trouxe benefício à saúde do homem, que valeu a Röntgen o prêmio Nobel de Física de 1901 (Santos, 1995).

Em Berlim, Emile Poincaré, eminente pesquisador da fluorescência, inteirou-se da descoberta de Röntgen e, ao regressar a Paris, fez uma comunicação na Academia Francesa de Ciências sobre os raios de Röntgen. Henry Becquerel, que pesquisava o fenômeno da fluorescência, tomou conhecimento da comunicação de Poincaré e, após discutir com ele se a fluorescência também poderia impressionar chapas fotográficas, atribuiu à “hiperfluorescência” do Urânio o aparecimento de uma mancha na emulsão fotográfica, pensando tratar-se de um efeito específico do urânio (Mould, 1998).

Somente mais tarde, Maria Sklodowska-Curie, em sua tese de doutorado na Sorbonne, pesquisou o fenômeno em profundidade. Identificou a emissão de raios semelhantes aos raios de Röntgen pelo Urânio. Com a participação de seu marido, Pierre Curie, quantificou e estudou em profundidade a emissão das radiações pelos átomos de urânio e por outros átomos radioativos, como o Rádio e o Polônio, denominação dada a este último em homenagem a sua terra natal, a Polônia. Maria Sklodowska-Curie foi quem criou o termo “radioatividade”, que define o fenômeno físico. Lembrando que radioatividade é a propriedade que certos átomos têm de emitir uma radiação com energia e ritmo de emissão característicos de cada átomo, transformando-se em outro elemento químico (Mould, 1998; Martins, 2003).

Por esses estudos, Becquerel, Pierre e Marie Curie receberam o prêmio Nobel de física de 1903, e Marie Curie, sozinha, recebeu o Nobel de química de 1911. Marie Curie, porém, não sa-



bia que os raios emitidos pelos átomos radioativos, assim como os raios X, podem causar mal à saúde. Ela e sua filha Irène Curie, que também pesquisava a radioatividade, morreram de leucemia ainda relativamente jovens.

Aspectos gerais das radiações

As radiações ionizantes, como os raios X e as radiações emitidas por elementos radioativos – radioisótopos ou radionuclídeos – são amplamente usadas como fontes externas no diagnóstico (radiografias e tomografia computadorizada), tratamento (radioterapia), para o “melhoramento” genético de vegetal (irradiação de grãos e sementes), na indústria, na esterilização de materiais médicos, gamagrafia para verificar a integridade das estruturas metálicas de navio, aviões, dutos etc. e como radiotraçadores, universalmente usados nos estudos do metabolismo de novos fármacos e do funcionamento das células e suas organelas

– mecanismos de transporte, ciclo energético etc. Em medicina, os radiotraçadores são as ferramentas básicas para estudar a função normal e patológica de órgãos e tecidos, sendo usados pela medicina nuclear e imagem molecular em diagnóstico e tratamento.

A radiação é definida como a propagação de energia, sob a forma de onda eletromagnética ou de partículas subatômicas, no espaço ou em meio material, como o corpo humano. A radiação ionizante é a que tem energia suficiente para arrancar um elétron das camadas externas ao núcleo do átomo. A ionização cria um par de íons: o elétron ejetado pela radiação (sinal -) e o restante do átomo, faltando um elétron (sinal +). A ionização leva à perda das ligações químicas do átomo, que agora é um íon (+), levando à quebra de moléculas (Wilks, 1984; Valverde; Leite; Maurmo, 2010). As principais radiações ionizantes usadas em medicina são os raios X, as radiações gama, beta e, mais recentemente, as radiações alfa.

As radiações γ gama e X são fótons de alta energia capazes de atingir um indivíduo a vários metros de distância. Ambas têm grande poder de penetração nos materiais e no corpo humano. Os raios X são produzidos em aparelhos que somente produzem e emitem raios X quando são acionados. Os raios gama são emitidos pelo núcleo dos átomos radioativos. Os raios X e gama diferem apenas em sua origem – os raios X têm sua origem nos elétrons que giram entorno do núcleo, e os raios gama são emitidos pelo núcleo de átomos radioativos – têm relativamente pequeno poder de ionização (Valverde; Leite; Maurmo, 2010).

As radiações beta são partículas com carga elétrica – elétrons – emitidas pelo núcleo de átomos radioativos; têm pequeno alcance no ar e pequena capacidade de penetração nos tecidos biológicos, sendo barradas por alumínio ao vidro. Seu poder de ionização é, geralmente, maior que as radiações gama e X.

As radiações beta + (ou pósitron) são usadas em exame de medicina nuclear na tomografia por emissão de pósitron (PET – *Positron Emission Tomography*).²

As radiações alfa, também de origem nuclear, têm grande poder de ionização, porém percorrem pequena distância no ar e têm pequena capacidade de penetração nos tecidos, não atravessando sequer a camada queratinizada da pele (a epiderme), sendo barradas por uma folha de papel (Valverde; Leite; Maurmo, 2010).

2 O pósitron (beta+ ou elétron+), após ser emitido por um átomo radioativo (emissor de pósitron), ao interagir com um elétron (-) orbital de um átomo, de molécula do organismo, ocorre o fenômeno da desmaterialização com a transformação da massa das duas partículas (pósitron e elétron negativo) em dois fótons de radiação gama (que é energia pura), cada um com energia de 0,511 MeV (megaelétron-volt) que corresponde à massa de um elétron (SAHA, 2001). Ao contrário, o fenômeno da materialização ocorre quando um fóton de radiação gama ou X, muito energético – com energia igual ou maior que 1,02 MeV, que corresponde à massa de 2 elétrons –, é freado pelo campo eletromagnético do núcleo de um átomo, transformando-se em 2 elétrons (um (-) negatron e um (+) ou pósitron).

Efeito biológico das radiações

Para ocorrer efeito nocivo a um indivíduo exposto a uma radiação, há necessidade que ele seja por ela atingido e que ocorra transferência de energia da radiação para o seu organismo. Chama-se efeito direto quando a radiação interage diretamente com moléculas vitais como DNA, levando a danos em sua estrutura e função. O efeito indireto ocorre quando a radiação interage com a água do citoplasma das células, produzindo radicais livres. Dentre os principais radicais livres estão os produtos da radiólise da água, o hidroxil, que, por reações com outros radicais produz peróxido de hidrogênio – a água oxigenada – e outros radicais altamente reativos, levando a lesões moleculares (Travis, 1979).

Os efeitos citotóxicos das radiações são tanto mais deletérios quanto a molécula atingida seja mais importante para a vida da célula e do organismo. A radiolesão do DNA pode ser simples ou dupla; esta é a mais prejudicial e pode levar a célula à morte. No entanto, logo após ocorrer a lesão do DNA, as células põem em ação mecanismos enzimáticos de reparo. Quando a reparação é correta, a célula volta à perfeita função, mas se o reparo ocorre de forma incorreta, pode levar a mutações ou à morte da célula (Segreto; Segreto, 2006).

A resposta está relacionada com a capacidade de a célula reparar ou não as lesões radioinduzidas. Desde os estudos de Bergonnié e Tribondeau, no início do século XX, observou-se que os tecidos (células) com maior taxa de mitose – epitélio de revestimento das criptas intestinais e certos tipos de câncer – e os menos diferenciados (e com alta taxa de mitose) – tecido hemocitopoiético, espermatogônias – são mais sensíveis à radiação ionizante. Os mais diferenciados (e com taxa de mitose baixa ou ausente), como os eritrócitos, espermatozoides,

tecido nervoso e muscular, são mais resistentes à radiação. Numa amostra de sangue integral, os eritroblastos são as células mais danificadas, e os eritrócitos maduros praticamente não são afetados pela radiação (Travis, 1979; Saha, 2001).

Durante a gestação, é ilegal a exposição deliberada do conceito a radiações ionizantes de uso médico. Os conhecimentos atuais sobre os efeitos biológicos das radiações ionizantes no homem e, particularmente, na gestação foram adquiridos por estudos realizados em animais, de diversas espécies, de análises histopatológicas em gestações malsucedidas e em acidentes e catástrofes nucleares, como a que ocorreu com a explosão de uma bomba atômica lançada sobre a população, inclusive mulheres grávidas em vários estágios da gestação, na cidade japonesa de Hiroshima, em 1945, na Segunda Guerra Mundial, com a justificativa dos Estados Unidos de aplacar a capacidade ofensiva do Exército japonês e pôr fim à guerra.

Outra oportunidade de estudar o efeito das radiações ionizantes no ser humano foi a catástrofe causada pelo acidente nuclear na central nuclear de Chernobyl – na então União das Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS) –, em 1986, e em outros acidentes nucleares e radiológicos, como o acidente radiológico de Goiânia, em 1987 (Alexiévich, 2015). Sabe-se que na fase embrionária, o conceito é mais radiosensível que na fase de feto. O período em que ocorre a organogênese é crítico em relação à ocorrência de malformações, como ausência de órgãos ou membros. A maior causa de morte pré-natal por radiações ocorre na fase de implantação do ovo. O não conhecimento da existência da gravidez, nessa fase da gestação, isenta de culpa a mulher e o médico pelo uso de radiações ionizantes nesse período (Travis, 1979).

A bioética, ao propor analisar, refletir e prescrever determinada conduta moral, conde-

na as decisões, em algumas ocasiões baseadas em interesses materiais, por vezes até desumanos, que põem em risco, de dano físico ou moral, populações humanas e de outros seres vivos.

Bioética na aplicação das radiações em diagnóstico

O radiodiagnóstico – denominação atual da radiologia convencional –, a tomografia computadorizada (TC), a cinecoronariografia e a radiologia intervencionista são, dos exames radiológicos, os que mais expõem o paciente à radiação X (OPAS, 1987). É falta de ética o radiologista e o técnico em radiologia descuidar do uso dos meios físicos de proteção que reduzem a quantidade de raios X recebida pelo paciente; de posicionar corretamente o paciente e verificar se todos os parâmetros do aparelho estão corretos, para não ter que repetir o exame, de evitar que a radiação atinja as gônadas do paciente e cientificar-se de que a paciente – mulher – não esteja grávida e que o feixe de raios X esteja dentro dos limites mínimos de exposição do paciente à radiação.

Os paradigmas da radioproteção (proteção radiológica), pela natureza aleatória da interação das radiações com a matéria viva, têm como base a premissa de que não há dose absorvida de radiação ionizante abaixo da qual não há efeito biológico. Desse fato advém a determinação de que *é ilegal e estritamente proibido* submeter-se a uma radiação ionizante um ser vivo – humano ou animal – sem que essa exposição à radiação traga um real benefício para o próprio ou para outros indivíduos – em estudos controlados com o objetivo de reduzir exposições futuras.



Esse procedimento exige rigoroso consentimento livre e esclarecido e cumprimento de todos os preceitos éticos. A aplicação de radiação ionizante fora dessas condições constitui grave transgressão da bioética, estando o infrator sujeito às penalidades legais (Valverde; Leite; Maurmo, 2010; Coutinho; Kury-Guimarães, 2012).

As normas para aplicação segura das radiações – normas de radioproteção – emanam de órgãos internacionais e são aplicadas em nosso meio sob a supervisão de órgãos oficiais, como a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (OPAS, 1987; CNEN, 2013). Essas normas seguem como paradigma três princípios básicos, conforme será descrito abaixo.

O primeiro princípio é a *justificação*, que diz que a aplicação biológica de radiações ionizantes somente pode ser validada se o benefício de seu uso for superior ao eventual risco. Na prática médica, grave transgressão da bioética é a opção deliberada de solicitar exame que usa raios X ou gama quando estejam disponíveis exames que usam radiações não ionizantes e que forneçam a mesma informação diagnóstica. Os exames disponíveis em nosso meio que

usa radiações não ionizantes são a ultrassonografia (USG) e a imagem por ressonância magnética (IRM) (Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006). Aqui também se aplica o princípio de fazer o possível mesmo não sendo o ideal, isto é, para a obtenção da informação diagnóstica, quando não se dispõe de exame não radioativo – por razões técnicas ou sociais –, realizar o exame com radiação ionizante.

Outra consequência do primeiro princípio da radioproteção é que não há limite para a quantidade de exames com radiações ionizantes a que um paciente possa ser submetido, contanto que, em seu julgamento, o médico considere necessária sua realização. Aqui também os princípios éticos devem prevalecer sobre os interesses de qualquer natureza.

Quando os responsáveis por clínicas de diagnóstico por imagem perguntam ao paciente na marcação de um exame que usa raios X, como uma tomografia computadorizada (TC), por exemplo, se ele é alérgico a iodo, induzindo, sem que o paciente se aperceba, a fazer dois exames de TC, uma simples e outra contrastada, isso é considerado transgressão grave da bioética. Na segunda TC, o paciente é submetido a uma dose grande de iodo na veia, à dose

dobra de radiação ionizante e ao pagamento de uma TC a mais – geralmente indenizada pelo plano de saúde –, mesmo que o médico tenha pedido uma TC simples. O contraste iodado apenas reforça a imagem da trama vascular e, eventualmente, uma retenção do contraste no espaço extravascular, nem sempre importante para a informação esperada pelo clínico. A repetição do exame usando meio de contraste iodado pode ser decidido eticamente quando for necessária pelo médico radiologista. É também considerada transgressão da bioética quando o clínico, levemente ou por outro motivo, solicita rotineiramente o exame simples e com contraste, mesmo que o segundo exame não acrescente real contribuição ao diagnóstico de seu paciente (Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006).

O segundo princípio da radioproteção é a *otimização*, que se refere às ações que devem sempre ser adotadas para manter as exposições às radiações tão baixas quanto possível (em inglês “ALARA” – *As Low As Reasonably Achievable*). É falta de ética o responsável por instalação usar radiações ionizantes em exames médicos e manter equipamentos desatualizados quanto à proteção radiológica: não dotados dos itens recomendados pelos órgãos fiscalizadores – para reduzir a exposição desnecessária do paciente à radiação –, como filtros que eliminam radiações não úteis e os colimadores que limitam o campo de irradiação no corpo do paciente; aparelhos sem manutenção ou com manutenção precária, com fuga de radiação X do cabeçote, irradiando desnecessariamente pacientes e trabalhadores. É falta contra a ética o técnico realizar exames de forma descuidada, levando com frequência à repetição do exame – determinando dose dupla de radiação para o paciente. A repetição do exame é a maior causa de aplicação de radiações ionizantes desnecessárias ao paciente (Saha, 2001; Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006).

Por sua vez, o médico, ao pedir o exame, tem responsabilidade perante os princípios da radioproteção e da bioética. Ao solicitar o exame radiológico, o médico e o dentista devem indicar de forma clara a modalidade do exame, a hipótese diagnóstica, o motivo do exame e a localização – lateralidade etc. – do órgão a ser radiografado, pois isso evitará repetições desnecessárias ou a realização de novo exame, para corrigir a distração ou a falta de clareza ao solicitar um exame (Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006).

Orientados pelos órgãos fiscalizadores e normalizadores do uso de radiações, os novos aparelhos devem vir equipados com filtros, colimadores e demais itens para reduzir a exposição do paciente a nível de irradiação estritamente necessária à obtenção de uma imagem de boa qualidade. Outra maneira de reduzir a dose é substituir o sistema fotográfico pela radiografia digital, que, sem prejuízo da resolução e da qualidade da imagem radiográfica, usa quantidade menor de raios, reduzindo a exposição do paciente à radiação. Portanto, a permanência de aparelhos desatualizados em uso constitui conduta não condizente com a bioética (Saha, 2001; Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006).

Da mesma forma, é importante a proteção do técnico ou do médico que realiza o exame, através de aventais, com chumbo em sua composição, e o cuidado de ficar atrás de biombo plumbico, em setor (ângulo) e distância seguros. Comete transgressão da bioética o responsável que não fornece os equipamentos de radioproteção do profissional.

O terceiro princípio básico da radioproteção prevê limite de dose de radiação para os profissionais que trabalham com radiações, denominados, pelas normas de radioproteção, *indivíduos ocupacionalmente expostos*, e para o público em geral, uma vez que sua exposição

às radiações não tem como objetivo receber o benefício do diagnóstico, ou seja, não se expõe por indicação médica. Para esses profissionais é crítico o cumprimento dos limites de dose de radiação recebida em determinado período. Quando excedida a dose de radiação tolerada para os indivíduos ocupacionalmente expostos num determinado período, ele deverá ser afastado da atividade exposta à radiação pelo tempo necessário para compensar a dose recebida a mais. Somente pessoal treinado e autorizado pode operar os equipamentos que emitem radiações ionizantes e manipular substância radioativas, em diagnóstico e tratamento, sempre sob a supervisão de um médico especialista – em medicina nuclear ou radioterapia – ou de um supervisor de radioproteção credenciado pela CNEN. O treinamento e a reciclagem de indivíduos ocupacionalmente expostos devem ser feitos ao menos uma vez ao ano, mesmo sendo estagiário ou residente (Valverde; Lei-

te; Maurmo, 2010; Coutinho; Kury-Guimarães, 2012; Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006).

Acompanhantes deverão permanecer em sala de espera livre de qualquer radiação ionizante. Essa sala deve, quando contígua à área radioativa, ter as paredes revestidas com material absorvente de radiações com eficácia adequada à energia das radiações usadas no serviço médico (Coutinho; Kury-Guimarães, 2012; CNEN, 2013).

A medicina nuclear, por usar pequenas doses de substâncias radioativas como traçadoras da dinâmica das moléculas e do metabolismo do organismo, é um método funcional por excelência; daí chamar-se medicina nuclear e imagem molecular. A função do órgão é estudada por meio de um átomo ou substância radioativa – radiotraçador ou radiofármaco –, que traça o comportamento bioquímico de seu análogo não radioativo. Por exemplo, como iodo é essencial na síntese dos hormônios da tireoide,



a função dessa glândula pode ser evidenciada pelo acompanhamento do iodo radiativo como traçador. Para estudar a atividade metabólica de tecidos e de neoplasias, usa-se, como radio-traçador, a glicose (deoxiglicose) marcada com Flúor-18 (PET com FDG-¹⁸F) usado para avaliar o metabolismo dos tecidos e órgãos – atividade tumoral, seu grau de malignidade – e indicar o tecido persistente após ressecção de tumores (Cruz *et al.*, 2006; Perkins, 2013).

A dose adequada de radiofármaco administrada ao paciente, geralmente por via venosa ou oral, deve ter medida sua atividade radioativa (quantidade de radiação) antes de ser administrada. O médico, com licença da CNEN, é o responsável técnico pelo funcionamento do serviço, pela anamnese do paciente, análise e pelo resultado dos exames (cintilografia, SPECT ou PET); o radiofarmacêutico é responsável pela preparação do radiofármaco; a enfermeira, com habilitação no uso de radiação em seres humanos, se responsabiliza pela administração do radiofármaco e pelo cuidado do paciente; e o técnico (tecnólogo) é responsável pela calibração do aparelho e realização do exame. A proteção radiológica é feita pelo serviço de radioproteção chefiada por um físico, supervisor de radioproteção pela CNEN (2013).

Na medicina nuclear, quem emite a radiação é o paciente, e não o aparelho; daí ter como característica o cuidado com o paciente que se torna radioativo durante o período do exame. Qualquer descuido durante todas as etapas, pelos diversos profissionais, bem como a calibração rotineira do aparelho, para evitar erro ou repetição do exame, constitui uma séria agressão à bioética. O paciente não deve estar acompanhado de criança ou grávida; e o paciente injetado não pode sair da sala reservada, destinada para isso, e ir para a sala de espera – dos acompanhantes – para bater papo com familiares ou usar o banheiro comum.

Tudo isso pode lavar ao aumento desnecessário da exposição à radiação, tanto do paciente como de acompanhantes e profissionais. É responsabilidade do médico nuclear e do enfermeiro a orientação para o paciente como proceder em relação à presença de fontes de radiação após o exame de medicina nuclear, de acordo com as características de decaimento radiativo e biológico de cada radiofármaco (Cruz *et al.*, 2006; Perkins, 2013).

Bioética nas aplicações das radiações em terapia

Em pacientes submetidos a exames diagnósticos, o efeito das radiações deve ser o menor possível; já nas aplicações terapêuticas, o efeito biológico das radiações alfa, beta, gama e X é a ferramenta usada no tratamento de pacientes com vários tipos de câncer. Geralmente, a radioterapia usa grandes doses de radiação ionizante que variam de acordo com a morfologia, localização, as características biológicas – histopatológicas e imunológicas – do tumor e a presença ou não de metástases.

A radioterapia – telerradioterapia – usa, como fontes de irradiação externa do paciente, raios X produzidos em aparelho de raios X convencional, com energia de até 100 kV; são usados para irradiação superficial de lesões de pele de até 3 cm de profundidade – como queloides, hemangiomas e carcinomas basocelulares. Esse tipo de irradiação vem sendo substituído pela eletroterapia, isto é, por feixe de elétrons com grande energia, produzidos em aceleradores de partículas, para tratar lesões com profundidade de até 5 cm (Scaff, 1979). Raios X com alta energia, produzidos em aceleradores de elétrons – cíclotrons – são amplamente usados para irradiação de tumores localizados internamente. Os raios X produzidos nessas máquinas são

muito energéticos – superando a energia que corresponde à massa de 2 elétrons, isto é, 1,02 milhões de elétrons-volts (MeV) (Scaff, 1979).

As radiações gama, que têm características físicas iguais aos raios X, são emitidas em irradiadores de Cobalto-60 (“bomba de cobalto”) ou de Césio-137. A irradiação por radiações gama desses irradiadores também é usada para a irradiação profunda. Os irradiadores de Co-60 também utilizam radiação com energia maior de 1,02 MeV (Scaff, 1979).

As altas doses de radiação podem danificar tecidos saudáveis ao redor dos tumores tratados por radiações. Graças aos avanços tecnológicos, esse efeito indesejável é reduzido com o uso da TC no planejamento da dose. Para aumentar ainda mais a precisão da radioterapia, delimitando a irradiação apenas à parte do tumor em atividade, está ainda em fase inicial o uso de imagens funcionais – SPECT-TC e PET-TC – fundidas à imagem anatômica, no planejamento da irradiação, visando aumentar o efeito danoso nas células malignas e afetando o mínimo possível os tecidos sãos do paciente. O desleixo e a opção econômica na atualização do equipamento, com enorme benefício para a saúde do paciente, devem ser considerados em termos da bioética.

Na terapia por radionuclídeos com altas doses de radiação ionizante, o radiofármaco deve ter intensa captação no tecido alvo e rápida excreção, sem redistribuição para outros tecidos ou cavidades. O órgão-alvo é identificado através de imagens cintilográficas, e são quantificadas as fases de captação, retenção e eliminação do radiofármaco em função do tempo (Velasques-Oliveira, 2015).

Doses altas de Iodo-131 para tratar câncer de tireoide e outros exigem internação em local isolado e seguro – quarto terapêutico. Na prática, os pacientes são internados apenas para

cumprir as normas da legislação. Como não há remuneração para os dias de internação, aos exames – cintilografias e bioanálise – destinados ao planejamento seguro da dose de radiação, não há otimização da dose, e os riscos de efeitos colaterais não são eliminados. Por dificuldade de verificação, há a possibilidade de profissionais sem escrúpulos que, para reduzir custos, ministram subdoses do radiofármaco terapêutico, com graves consequências para o tratamento de pacientes críticos (Segreto; Segreto, 2006).

No Brasil, os radiofármacos mais usados em terapias com emissores de partículas beta são: o Iodo-131, sob a forma de NaI, para hipertireoidismo e carcinoma de tireoide, e, na forma de metaiodobenzilguanidina, para neuroblastoma e feocromocitoma; o Samário-153 (ligado a um fosfato) para dor óssea metastática e ligado à Hidroxiapatita para artropatia hemofílica em grandes articulações; o Lutécio-177 (ligado ao análogo da somatostatina) é usado para tratar tumores neuroendócrinos (Velasques-Oliveira, 2015).

A exposição de familiares próximos e outros com conhecimento e consentimento para atuar como voluntários é considerada exposição médica, e não está sujeita aos limites de dose.

A radioimunoterapia utiliza anticorpos marcados com radioisótopos emissores beta. São exemplos de radioimunoterápicos usados no tratamento de Linfomas não Hodgkin o tositumomab (Bexxar), marcado com Iodo (I-131), e o Ibritumomab tiuxetan (Zevalin), marcado com Ítrio (Y-90) (Velasques-Oliveira, 2015).

Terapias de câncer da tireoide, com radioiodo, representam um risco potencial para fetos e crianças. Deve ser dispensado cuidado especial para evitar a aproximação de mulheres grávidas, bebês em amamentação e crianças, bem como o contato com saliva e outros produtos



excretados pelo paciente que recebeu dose de Iodo-131 para tratamento do câncer e suas metástases (Velasques-Oliveira, 2015).

Os radioisótopos emissores alfa, por sua mínima penetração e elevado poder de ionização – efeito deletério diretamente nas células tumorais –, são ideais para a terapia, sendo que diversos deles já são usados conjugados a anticorpos. Bem recentemente foi lançado o Rádio (Ra-223), um emissor alfa puro, sob a forma de cloreto. O Ra é um elemento químico da família do Cálcio e do Estrôncio, que participa do metabolismo ósseo. Trata-se de radiofármaco usado no tratamento da dor óssea em pacientes com metástases ósseas de câncer de próstata – inicialmente câncer resistente à castração – e que deverá, em breve, estar sendo empregado no alívio da dor óssea em metástases óssea de outros tumores, como o câncer de mama. Por sua penetração micrométrica, esse radiofármaco exige poucos cuidados quanto à blindagem e grande cuidado quanto à contaminação.

Depois da alta hospitalar, de tratamento com Iodo-131, Samário-153 e outros emissores beta e gama, a proteção radiológica volta-se para os familiares, principalmente crianças, visitantes eventuais na casa do paciente, vizinhos, colegas de trabalho, transporte público, sujeitos aos limites de dose para indivíduos do público (Velasques-Oliveira, 2015).

Há falta de ética no planejamento e na execução da atividade quando os responsáveis pela instalação radioativa obstaculizam a tomada de medidas para otimizar a dose de radiação recebida pelo paciente, evitando efeitos colaterais para ele e a proteção radiológica dos trabalhadores e familiares.

Em geral, os rejeitos radioativos, eliminados com as excretas dos pacientes, após diluídos o máximo possível – descargas repetidas da água dos vasos sanitários –, entram na rede de esgoto comum, onde sofrerão diluições ainda maiores, até atingir índices de radiação menores que os exigidos pelos órgãos normalizadores nacionais e internacionais. A responsabilidade pelo controle da diluição dos rejeitos radioativos do paciente é do médico especialista responsável (Medeiros; Bitelli; Bitelli, 2006).

Em todas as situações em que indivíduos estejam expostos a radiações ionizantes, a conduta segundo os princípios da Bioética, além da observância das normas de proteção radiológica, deve nortear as ações de todos os envolvidos no uso de radiações, principalmente com fins médicos, de acordo com os princípios da Bioética, que em última instância é a conduta do homem de bem, conforme nos ensina *O Evangelho segundo o Espiritismo*, de Allan Kardec.

ALEXIÉVICH, S. *Voçes de Chernóbil – crónica del futuro*. 2. ed. Buenos Aires: Penguin, 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN). *Requisitos de segurança e proteção radiológica para serviços de medicina nuclear*. Rio de Janeiro: CNEN, 2013. Disponível em: <http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm305.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

COUTINHO, A. M. N.; KURY-GUIMARÃES, A. I. C. Proteção radiológica e dosimetria. In: HIRONAKA, F. H. et al. *Medicina nuclear: princípios e aplicações*. São Paulo: Atheneu, 2012.

CRUZ, M. G. A.; REBELO, A. M. O.; GUTFILEN, B.; MALISKA, C.; FARIAS, C. S. O. et al. *Manual de medicina nuclear*. Rio de Janeiro: UFRJ-CCS, 2006.

IANDOLI JR., D. Ética e moral. *Saúde & Espiritualidade* n. 16, abr.-jun. 2015.

KARDEC, A. *O Evangelho segundo o Espiritismo*. Tradução de Guillon Ribeiro. 130. ed. Rio de Janeiro: FEB, 2011.

_____. *O Evangelho segundo o Espiritismo*. Tradução de J. Herculano Pires. 60. ed. São Paulo: LAKE, 2005.

MARTINS, R. A. As primeiras investigações de Marie Curie sobre elementos radioativos. *Revista da SBHC*, v. 1, p. 29-41, 2003. Disponível em: https://www.sbhc.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=169. Acesso em: 20 set. 2021.

MEDEIROS, R. B.; BITELLI, R. U. B.; BITELLI, T. Proteção radiológica. In: BITELLI, T. *Física e dosimetria das radiações*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; São Camilo, 2006. p. 369-401.

MOULD, R. F. The discovery of radium in 1898 by Maria Sklodowska-Curie (1867-1934) and Pierre Curie (1867-1906) with commentary on their life and time. *The British Journal of Radiology*, v. 71, p. 1229-1254, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Protección del Paciente en Radiodiagnóstico. *Informe de la Comisión Internacional de Protección Radiológica*, 1987. (Cuaderno Técnico n. 3.)

PERKINS, A. C. Ethical, green and sustainable nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, n. 40, p. 979-981, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00259-013-2420-0>.

SAHA, G. B. *Physics and Radiobiology of Nuclear Medicine*. 2. ed. New York: Springer-Verlag, 2001.

SANTOS, C. A. Raios X: descoberta casual ou criterioso experimento. *Ciência Hoje*, v. 19, n. 114, p. 26-35, 1995.

SCAFF, L. A. M. *Bases físicas da radiologia: radiodiagnóstico e radioterapia*. São Paulo: Sarvier, 1979.

SEGRETO, H. R. C.; SEGRETO, R. A. efeito biológico das radiações ionizantes. In: BITELLI, T. *Física e dosimetria das radiações*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; São Camilo, 2006. p. 229-255.

TRAVIS, E. L. *Radiobiologia médica*. Madrid: Editorial AC, 1979.

VALVERDE, N.; LEITE, T.; MAURMO, A. *Manual de ações médicas em emergências radiológicas*. Rio de Janeiro: Eletronuclear, 2010.

VELASQUES-OLIVEIRA, S. Terapias com radionuclídeos. In: CONGRESSO DE FÍSICA MÉDICA DO IFGW DA UNICAMP, 4, Campinas-SP, 2012. *Anais [...]*, Campinas, SP, 2015.

WILKS, R. *Principles of Radiological Physics*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.

Hipótese etiológica para a eritroblastose fetal na obra *Evolução em dois mundos*



Décio Iandoli Jr.¹

Maria Luiza Brasileiro²

No livro *No mundo maior*, de André Luiz e Chico Xavier, encontramos no capítulo X a tentativa dos nossos amigos espirituais em ajudar uma jovem que mantém fixa a ideia de provocar aborto, pois não tolera a possibilidade de ficar malvista pela sociedade e pelo próprio pai, que poderia expulsá-la de casa. Inconscientemente, ela odeia o Espírito reencarnante, que a prejudicou gravemente em existência anterior. As medidas utilizadas por Calderaro e André Luiz não surtem efeito, nem mesmo o diálogo com a genitora desencarnada faz a jovem protagonista desse capítulo desistir do ato que acaba ceifando a oportunidade do reencarnante e da própria jovem de superarem as dificuldades do passado.

1 Médico ligado ao movimento médico-espírita há mais de 25 anos. Especialista em Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Endoscopia, com doutorado em Medicina pela UNIFESP, tem sua produção acadêmica voltada para a medicina e espiritualidade. É o atual presidente da AME-MS e vice-presidente da AME-Internacional.
2 Tecnóloga em gestão em saúde. Acadêmica do último semestre do curso de Enfermagem da UNIFASB Oeste da Bahia. Trabalhadora do Grupo Espírita Joanna de Ângelis, em Barreiras, Bahia.

É importante mencionar, ao abordarmos esse tópico, que a maioria das mulheres submetidas ao aborto provocado padece tanto quanto o Espírito reencarnante. Concretizem tal ato devido à ignorância em relação às leis espirituais, por serem vítimas da sociedade, da família, também ignorantes, ou até mesmo de companheiros inconsequentes. Portanto, devem ser acolhidas com muito amor, principalmente nas casas espíritas.

Se algum dos nossos leitores tiver cometido esse lamentável engano no passado, não deve entregar-se à culpa, nem deixar o coração entregue a sentimentos de autopunição, pois trata-se de atitude inútil e improdutivo. A finalidade deste artigo é discutir uma possível relação entre a eritroblastose fetal³ e algumas situações de

3 Destruição das hemácias (células encontradas no sangue, também chamada de eritrócitos) fetais pelos anticorpos maternos, decorrente de incompatibilidade sanguínea materno-fetal, em que os anticorpos maternos ultrapassam barreira placentária agindo contra as células sanguíneas fetais como um corpo estranho, causando diversas manifestações clínicas.

aborto provocado, ampliando nossa percepção da realidade das consequências a serem superadas diante de situação semelhante.

Entender o engano que é o aborto e suas consequências é importante para que todos evitem tal erro. Para os que já o cometeram, fica o convite para perdoar-se e erguer-se, recordando a lição do mestre Jesus: “Que atire a primeira pedra aquele que estiver livre de pecados”. Cheio de misericórdia, o Mestre convida-nos à prática do bem, trazida a nós pelas palavras do apóstolo Pedro: “Cultivemos ardente caridade uns para com os outros, porque a caridade cobre uma multidão de pecados”.

No livro *Evolução em dois mundos*, no capítulo XIV da segunda parte, André Luiz apresenta-nos a seguinte proposição:

Temos ainda a considerar que a mulher sintonizada com os deveres da maternidade na primeira ou, às vezes, até na segunda gestação, quando descamba para o aborto criminoso, na geração dos filhos posteriores, inocula automaticamente no centro genésico e no centro esplênico do corpo espiritual as causas sutis de desequilíbrio recôndito, a se lhe evidenciarem na existência próxima pela vasta acumulação do antígeno que lhe imporá as divergências sanguíneas com que asfixia, gradativamente, por meio da hemólise, o rebento de amor que alberga carinhosamente no próprio seio, a partir da segunda ou terceira gestação, porque as enfermidades do corpo humano, como reflexos das depressões profundas da alma, ocorrem dentro de justos períodos etários.

A doença hemolítica perinatal ou eritroblastose fetal caracteriza-se por afecção generalizada, acompanhada de anemia, destruição das hemácias e presença de suas formas jovens ou imaturas (eritroblastos) na circulação periférica do feto, decorrente originariamente de incompatibilidade sanguínea materno-fetal, em que anticorpos maternos atravessam a barreira

placentária e agem contra antígenos eritrocitários fetais, ocorrendo uma reação antígeno-anticorpo, promovendo hemólise⁴ eritrocitária, determinando diversas manifestações clínicas da doença, como anemia fetal, hipóxia e hidropisia fetal (Montenegro; Rezende, 2010). Quando não identificada e tratada, leva ao abortamento espontâneo frequentemente a partir da segunda gestação.

A eritroblastose fetal foi mencionada pela primeira vez em 1932, na primeira metade do século XX, descrita como anasarca⁵ do concepto ou hidropisia fetal, que era o sinal mais evidente do quadro, associado à presença de anemia e hepatoesplenomegalia.⁶

Em 1940, as experiências de Landstainer e Wiener com o macaco *Rhesus* demonstraram um paralelo entre a produção de anticorpos contra o antígeno de superfície das hemácias do animal e os eritrócitos humanos, caracterizando as tipagens sanguíneas Rh positivo e negativo, correlacionando tal descoberta mais tarde, entre a produção materna de anticorpos relacionados ao sistema Rh e a DHPN,⁷ avaliando-se o sangue de 12 gestantes Rh negativo com o mal obstétrico, cujos parceiros eram Rh positivo. Entretanto, no Brasil, a publicação pioneira foi de Rezende em 1944 com o tema “Eritroblastose fetal: um problema obstétrico”, por ocasião do seu concurso à cátedra de clínica obstétrica da escola de medicina e cirurgia do Rio de Janeiro (ANM, 2021).

Somente em 1954 ficou comprovado que mulheres Rh negativo, a partir da segunda gestação de conceitos Rh positivo, tinham abortamento espontâneo causado por anticorpos maternos, com a primeira gestação, habitualmente, poupada.

4 Ruptura da membrana das hemácias podendo causar sérios problemas de saúde, como anemia grave.

5 Acúmulo de líquido anormal no feto gerando edema decorrente, nesse caso, do rompimento das células sanguíneas e da anemia severa.

6 Aumento anormal do fígado e do baço.

7 Doença hemolítica perinatal.

A convergência entre o texto de Chico Xavier, que psicografou tal capítulo em Pedro Leopoldo em 1958, e a descrição dessa enfermidade, que só foi melhor caracterizada em 1963 com a introdução de uma terapêutica eficaz, nos leva a concluir que ambos se referem a mesma doença.

Em estudo mais recente, Bowman, Pollock e Penston (1986) evidenciam que 75% das gestantes apresentam hemorragia feto-materna no decorrer da gestação (fator de grande possibilidade para a sensibilização em casos de incompatibilidade sanguínea entre o binômio), aumentando com a evolução da gestação com porcentagens que evoluem de 3%, no primeiro trimestre, para 12%, no segundo, e 45%, no terceiro trimestre. Esse estudo ainda nos revela que pacientes que abortam também correm risco de sensibilização ao fator Rh, sendo ainda maior nos casos de abortamento induzido (4,5%) do que nos abortamentos espontâneos (2%).

A doença é, segundo Zugaib (2020), uma das poucas condições em medicina em que se conseguiu esclarecer todas as etapas evolutivas, desde sua fisiopatologia até o tratamento e prevenção. Hoje, sabemos que o organismo da mãe tende a criar uma memória imunológica ou sensibilização na primeira gestação e que, em uma nova exposição ao antígeno na segunda gestação, este ultrapassará a barreira placentária quando em contato com sangue do concepto, aderindo à membrana dos eritrócitos fetais e provocando hemólise. Ainda por razões desconhecidas, sabemos que quanto maior o intervalo entre a sensibilização na primeira gestação para a segunda gestação, maior probabilidade de ocorrência e gravidade da doença.

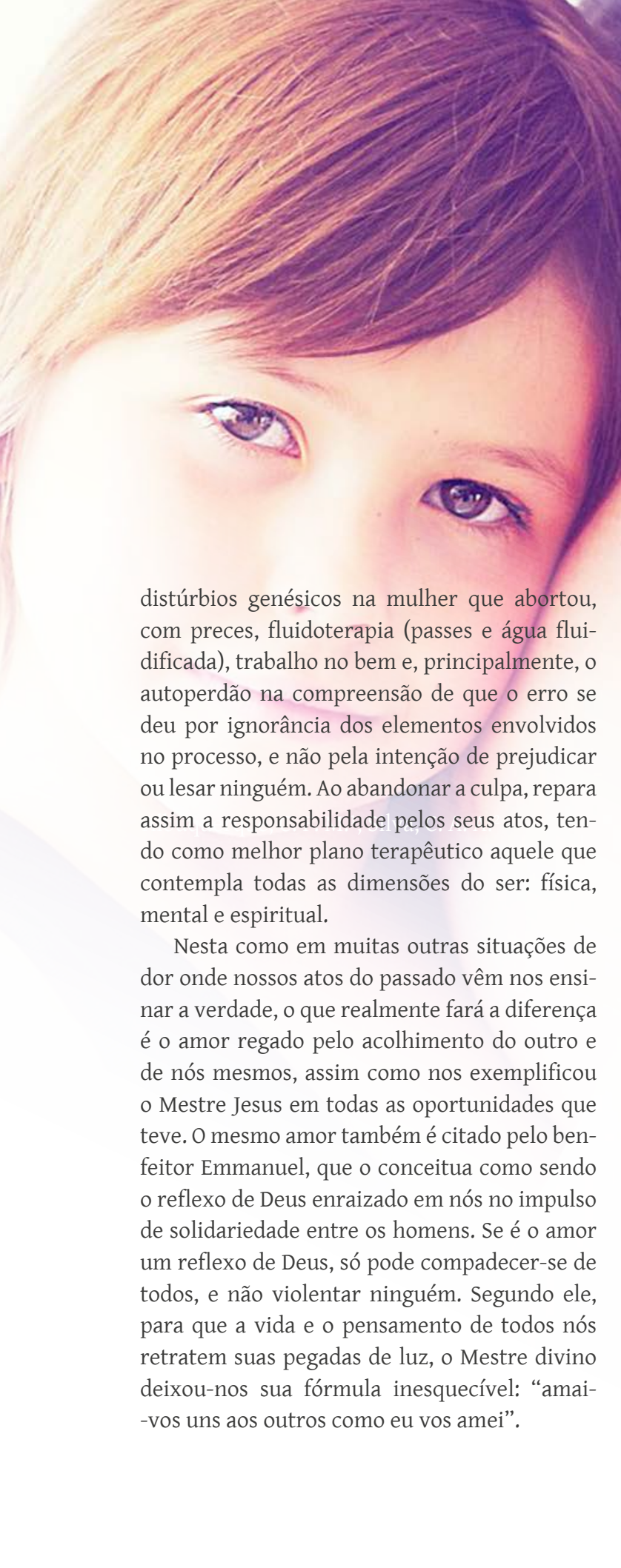




André Luiz menciona o centro esplênico do corpo espiritual, especificamente quando irá tratar da descrição do processo fisiopatológico, sendo esse o centro de força relacionado ao sistema hemático, com correlação direta com o baço, órgão onde ocorre a hemólise com maior intensidade. André Luiz utiliza-se do termo “vasta acumulação do antígeno”, dando a ideia, já comprovada pela medicina, de que o tempo da presença do antígeno no organismo materno pode agravar a resposta imunológica e a manifestação da doença.

Ainda na mesma obra, no capítulo XVII, em que André Luiz trata da desencarnação em formas diversas, revela-nos que criaturas responsáveis (no sentido consciencial) arruinam ou aniquilam o próprio corpo, impondo-lhe morte prematura com plena desaprovação da consciência, determinando processos degenerativos e desajustes, remetendo-se a doenças secundárias como o fenômeno da incompatibilidade materno-fetal, o qual a etiologia reside na estrutura complexa da própria alma. Alega-nos ainda o benfeitor que homens e mulheres que corromperam os próprios centros genésicos pela delinquência emotiva ou pelos crimes reiterados do aborto provocado, em pretéritos próximos, recuperam-se regenerando a si mesmo por amoroso devotamento, lutando e chorando no amparo aos filhinhos condenados à morte ou atormentados desde o berço.

Qual seria, então, uma das formas mais simples e eficazes de profilaxia da eritroblastose fetal? Evitarmos o abortamento provocado, agravante mais agudo e grave da doença, somando ainda mais um dos inúmeros motivos que temos para abolir tal prática da nossa sociedade. E qual seria o tratamento possível, além das medicações que procuram dessensibilizar a mãe? A terapêutica proposta pelo ensinamento espírita, a fim de corrigir os consequentes



distúrbios genésicos na mulher que abortou, com preces, fluidoterapia (passes e água fluidificada), trabalho no bem e, principalmente, o autoperdão na compreensão de que o erro se deu por ignorância dos elementos envolvidos no processo, e não pela intenção de prejudicar ou lesar ninguém. Ao abandonar a culpa, repara assim a responsabilidade pelos seus atos, tendo como melhor plano terapêutico aquele que contempla todas as dimensões do ser: física, mental e espiritual.

Nesta como em muitas outras situações de dor onde nossos atos do passado vêm nos ensinar a verdade, o que realmente fará a diferença é o amor regado pelo acolhimento do outro e de nós mesmos, assim como nos exemplificou o Mestre Jesus em todas as oportunidades que teve. O mesmo amor também é citado pelo benfeitor Emmanuel, que o conceitua como sendo o reflexo de Deus enraizado em nós no impulso de solidariedade entre os homens. Se é o amor um reflexo de Deus, só pode compadecer-se de todos, e não violentar ninguém. Segundo ele, para que a vida e o pensamento de todos nós retratem suas pegadas de luz, o Mestre divino deixou-nos sua fórmula inesquecível: “amai-vos uns aos outros como eu vos amei”.

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM). *Jorge Fonte de Rezende*. [2021?]. Disponível em: <https://www.anm.org.br/jorge-fonte-de-rezende/>. Acesso em: 4 out. 2021.

BOWMAN, J. M.; POLLOCK, J. M.; PENSTON, L. E. Feto maternal transplacental Hemorrhage during pregnancy and after delivery. *Vox Sang*, v. 51, n. 2, p. 117-121, 1986. Doi: [10.1111/j.1423-0410.1986.tb00226.x](https://doi.org/10.1111/j.1423-0410.1986.tb00226.x)

CAMPOS, M. V. X. *Correlação de títulos de anticorpos anti-D e desfecho gestacional adverso em gestantes com antecedente de doença hemolítica perinatal*. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

EMMANUEL (Espírito). Amor. In: EMMANUEL (Espírito). *Pensamento e vida*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 7. ed. Brasília: FEB, 1983. p. 136-139.

LANDSTAINER, K.; WIENER, A. S. An Agglutinable Factor in Human Blood Recognized by Immune Sera for Rhesus Blood. *Experimental Biology and Medicine*, v. 43, n. 1, p. 223, 1940. Doi: <https://doi.org/10.3181/00379727-43-11151>.

LUIZ, A. (Espírito). Aborto criminoso. In: LUIZ, A. (Espírito). *Evolução em dois mundos*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 21. ed. Brasília: FEB, 2003a. p. 193-197.

_____. Desencarnação. In: LUIZ, A. (Espírito). *Evolução em dois mundos*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 21. ed. Brasília: FEB, 2003b. p. 205-208.

_____. Dolorosa perda. In: LUIZ, A. (Espírito). *No mundo maior*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 15. ed. Brasília: FEB, 1988. p. 140-153.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. Doenças próprias da gravidez. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. *Obstetrícia*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 491-507.

ZUGAIB, M. Doença hemolítica perinatal. In: ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2020. p. 802-816.

A close-up photograph of a hand holding a bright yellow daisy-like flower. Below the flower, a clear glass test tube is visible, held horizontally. The background is blurred, showing what appears to be a laboratory or clinical setting with other people in white coats.

Laborterapia, dependência química e saúde mental

Valterdes F. P. Soares^{1,2}

De acordo com o dicionário: laborterapia é o tratamento de enfermidades nervosas e mentais, pelo trabalho. Mesmo que terapêutica ocupacional. Podemos conceituar ainda como o tratamento de doenças psicoemocionais através do trabalho, terapia ocupacional. Dentro da Psicologia, podemos utilizar técnicas artísticas, como arteterapia, como ferramenta e processo terapêutico. O movimento, como a dança e o teatro, pode ser uma ferramenta potente na melhora de quadros ansiosos, depressivos, entre outros.

A clínica ampliada como proposta psicoterapêutica enxerta a arte, o movimento e as dinâmicas como instrumentos de tratamento. Geralmente, é desenvolvida em instituições fe-

chadas ou em locais específicos em situações de dependência química, sistema prisional e asilos, entre outros, para diminuir a ociosidade. O objetivo é que a pessoa se realize e se gratifique através do trabalho intelectual e físico (artístico ou manual). Esse trabalho não é remunerado, o que traz bastante discussões sobre a forma como é realizado em algumas instituições. O propósito dessa terapia está relacionado à ideia de que o trabalho é um fator de saúde mental.

Emitiremos aqui uma visão pessoal de uma nova forma de ver a laborterapia e suas consequências, apoiada em vários estudos científicos e na visão espírita.

Segundo autores contemporâneos, os comportamentos pró-sociais espontâneos são um critério de saúde mental e ilustram uma adaptação social profícua que valoriza o outro (Harris, 2003, p. 527). O cientista Stephen Post (2005) é um dos autores que apontam ser significativa a

1 Mestre em Saúde Pública na área de Dependência Química e Espiritualidade; médico especialista em Psiquiatria; membro da Associação Médico-Espírita do Piauí (AME-PI).

2 Texto elaborado a partir de trechos de minha dissertação de mestrado em Saúde Pública (Soares, 2019).

convergência de evidências, advindas de várias ciências, em apoio à hipótese de que emoções, atitudes e ações que valoram a interação positiva junto ao *outro* operam de forma eficiente na saúde e até na longevidade do sujeito dessa inter-relação. O autor chegou a essa conclusão após realização de um estudo de avaliação de dados de pesquisas existentes sobre altruísmo.

A prova de que “fazer aos outros” faz bem ao doador (Post, 2006) dignifica e coloca o sujeito em novo lugar pessoal e social, e entender isso em saúde coletiva parece ser importante para lidarmos com o adoecer como experiência humana. A experiência de ajudar os outros fornece significado, senso de valor próprio e sentido para a existência, além de um papel social que faz o sujeito se implicar em produzir sua saúde pessoal e coletiva e viver mais, consequentemente, em nível reflexivo e prático, a autoria de suas escolhas.

O Dr. Albert Schweitzer (*apud* Goldim, 2007), um dos precursores da Bioética³ explanava que os que dentre nós, seres humanos, poderão ser realmente felizes são aqueles que procuraram e descobriram como servir (Post, 2006). Os pesquisadores da felicidade, colocando essa discussão em novos patamares, hoje concordariam com tal afirmação (Seligman, 2002 *apud* Post, 2006). Poderíamos dizer que situar-se nessa região é estar implicado na produção de nosso mundo interior e em sua manifestação fenomênica, atuando de maneira a não deixar a razão emancipadora ser obscurecida em nossos atos e relacionamentos.

Myers e Diener (1995, p. 19, tradução nossa), no que lhes dizem respeito, afirmam: “Fazer o bem nos faz sentir bem. O altruísmo aumenta nossa autoestima. Ele tira nossos olhos de nós mesmos, deixa-nos menos preocupados com a própria pessoa, aproxima-nos da autoconsciência que caracteriza o estado de fluxo”.

Jorge Moll, neurocientista brasileiro, e seus colaboradores (2006), que pesquisam a neurologia e sua associação a ações altruístas vividas pelos sujeitos, mostram seu efeito na região mesolímbica.³ A ressonância magnética funcional (fMRI), feita em seus estudos, revelou que fazer uma doação altruísta ativou a via mesolímbica, o centro de recompensa do cérebro⁴, que é responsável pela euforia mediada pela dopamina. Em resumo, suas pesquisas *mostram que quando as pessoas fazem ações com bondade para outras* – o que nomeia como altruísmo –, *ativa-se aquela parte do cérebro que nos permite experimentar prazer*, o que nos fornece um ponto-chave para o que é certamente um fenômeno humano complexo.

Há muito tempo, os benefícios terapêuticos de ajudar os outros já foram aceitos pelas pessoas comuns e pelos estudiosos das diversas culturas humanas. Esse conceito foi formalizado inicialmente por Riessman (1965), em um artigo altamente citado e várias vezes reimpresso, que apareceu no Serviço Social (Post, 2006). Riessman conceituou o princípio da “*helper therapy*” (terapia de ajuda, tradução nossa) embasado em suas observações de vários grupos de autoajuda, onde ajudar os outros é considerado primordial para ajudar a si mesmo. Riessman observou que *o ato de ajudar o Outro pode curar o ajudante mais do que a pessoa que foi ajudada* (Post, 2006).

Nos primórdios dos anos 1970, algumas revistas científicas de psiquiatria repararam no princípio da “*helper therapy*”, pois pesquisadores de destaque mostraram em seus estudos que

3 Refere-se ao sistema límbico, que compreende uma série de estruturas relacionadas, principalmente, com a regulação do comportamento emocional (Machado; Haertel, 2006).

4 Centro de recompensa do cérebro, ou circuito de recompensa cerebral, está envolvido na sensação de prazer e nas propriedades reforçadoras de comportamentos fundamentais para a preservação da espécie, tais como sexo e alimentação. Este circuito é composto pelas seguintes áreas cerebrais: área tegmentar ventral, núcleo accumbens e córtex pré-frontal (Paraventi; Chaves, 2016).

ajudar os outros era benéfico em uma variedade de contextos, inclusive entre adolescentes fazendo aulas para crianças (Rogeness; Badner, 1973). Assim, o “cuidar do outro” oportuniza ao sujeito deslocar seu olhar acostumado a reagir sem maior reflexão e modificar a percepção de seu autovalor. Sustentar-se na abstinência necessita do trabalho para formação de vínculos e “voltar-se para *perceber o outro*”, vivenciando outras dimensões da vida.

Ora, estudos vêm de longe e já anunciavam um olhar atento ao trabalho voluntário e o altruísmo que ele gera. Por exemplo, Allen Luks (1988), em uma pesquisa com milhares de voluntários nos Estados Unidos, descobriu que as pessoas que ajudavam outras pessoas consistentemente relataram melhor saúde do que seus pares na mesma faixa etária, e muitos afirmaram que essa melhora na saúde começou quando eles começaram a se voluntariar.

Nesses estudos em que os sujeitos vivenciavam trabalhos voluntários, observava-se frequentemente que:

- ajudantes (voluntários em atuação junto ao *outro*) relatam uma sensação física distinta associada à ajuda;
- cerca de metade dos sujeitos dessas pesquisas relataram que experimentaram um sentimento “alto” ou gratificante;
- 43% se sentiram mais fortalecidos e mais enérgicos;
- 28% se sentiram aquecidos afetivamente;
- 22% mais calmos e menos deprimidos;
- 21% experimentaram mais sentimentos de autovalor;
- 13% experimentaram menos dores e sofrimentos.

A essa substituição de estados emocionais menos favoráveis para estados de emoções mais edificantes e prazerosas, Luks (1988) chamou de “*the helper’s high*”.

Estudos dessa natureza sempre mencionaram o valor e reconhecimento do grupo de autoajuda Alcoólicos Anônimos, o que não deixa



de ser um trabalho voluntário. Pesquisadores da Brown University Medical School (Pagano *et al.*, 2004) concluíram que entre os indivíduos estudados, aqueles que estavam ajudando outros alcoolistas eram significativamente menos propensos a recair no ano seguinte ao tratamento. Os voluntários tiveram uma pontuação bem maior em satisfação com a vida e vontade de viver e apresentaram menos sintomas de depressão, ansiedade e somatização.

Para não deixar de mencionar, pesquisas sobre voluntariado e depressão realizadas entre 1986 e 1994, com 3.617 adultos com 25 anos ou mais avaliaram a depressão por meio de uma escala de autorrelato. O que os autores chamaram de “voluntariado consistente” foi relacionado à sistemática ação junto ao *outro*, com efeito na redução da depressão em todas as faixas etárias e, particularmente, naqueles com 65 anos ou mais (Musick; Wilson, 2003).

Post (2006) conclui em seus estudos que estados psicológicos e saúde mental aperfeiçoados parecem emergir do altruísmo. Mecanismos podem incluir redução de comportamentos de saúde desadaptativos e autoabsorção, maior senso de significado ou propósito, maior competência social e consequente apoio social.

Os sistemas imunológico e nervoso se comunicam entre si, estabelecendo uma relação clara e direta entre emoções e doenças, segundo Sternberg (2001). O valor da experiência de ajuda parece ser causativo, por exemplo, em um estudo de dados da “pesquisa de vidas em mudança dos americanos”, pois se descobriu que aqueles que se voluntariaram, em 1986, relataram em 1989 que tinham níveis mais altos de felicidade, satisfação pessoal, autoestima, saúde física, além de taxas mais baixas de depressão do que os não voluntários (Thoits; Hewitt, 2001).

Dessa forma, ajudar aos outros induz a emoções positivadas, associadas a compaixão e cuidado e deslocam padrões de pensamento e sentimento antigos (Ângelis, 2009), como ruminação de ressentimento, medo, rancor e mágoa. Atividades altruístas estão associadas, ainda, a um melhor cuidado de si, o que faz reverberar o cuidado do *outro* em novos padrões de ser e estar convivendo socialmente. Desse modo, o engajar-se no cuidado e na atenção vividos na forma de voluntariado é uma forma de *experiência de estabelecimento de vínculo e de cuidado com o outro*, chave em auxiliar a viabilização do propósito de pequenas metas. Nesse caminho, os atos cotidianos sistemáticos de cuidado com o *outro* vão se tornando, mediante também o autoconhecimento que a espiritualidade produz, potentes forças para uma transformação capaz de dar sentido à vida.

Para a manutenção da abstinência é preciso, porém, superar os hábitos e impulsos repetitivos, que trazem padrões muito arraigados no sujeito, padrões anteriores que se relacionam ao consumo. Assim, a espiritualidade vem a ser o passo mais seguro e potente por remeter o sujeito a atuar e se relacionar com outras pessoas, formando vínculos e exercendo o altruísmo, retirando disso o prazer num nível mais sublime de sentimento.

Espera-se, dessa maneira, brotar posteriormente uma espiritualidade que se anuncia na relação com a transcendência e que parece ser atravessada pelo cuidado, pela afetuosidade e pelo amor ao *Outro*. Nesse campo, gravita o lugar de Deus e de uma espiritualidade amorosa, capaz de iniciar e manter um estado superior de consciência, fomentador da desejada abstinência.

Referências

ÂNGELIS, J. (Espírito). *Encontro com a paz e a saúde*. Salvador: Leal, 2009.

GOLDIM, J. R. *Albert Schweitzer*. 2007. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/schweitz.htm>. Acesso em: 20 set. 2021.

HARRIS, J. C. Social neuroscience, empathy, brain integration, and neurodevelopmental disorders. *Physiology & Behavior*, v. 79, n. 3, p. 525-531, 2003.

LUKS, A. Helper's high: volunteering makes people feel good, physically and emotionally. *Psychology Today*, v. 22, n. 10, p. 34-42, 1988.

MACHADO, A. B. M.; HAERTEL, L. M. *Neuroanatomia funcional*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

MOLL, J. *et al.* Human fronto-mesolimbic networks guide decisions about charitable donation. *Proceedings of The National Academy of Sciences*, v. 103, n. 42, p. 15623-15628, 2006.

MUSICK, M. A.; WILSON, J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, v. 56, n. 2, p. 259-269, 2003.

MYERS, D. G.; DIENER, E. Who Is Happy? *Psychological Science*, v. 6, n. 1, p. 10-19, 1995.

PAGANO, M. E. *et al.* Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 65, n. 6, p. 766-773, 2004.

PARAVENTI, F.; CHAVES, A. (coords.). *Manual de psiquiatria clínica*. São Paulo: Roca, 2016.

POST, S. G. *It's Good to be Good? How? Benevolent Emotions and Actions Contribute to Health*. 2006.

_____. Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 12, n. 2, p. 66-77, 2005.

RIESSMAN, F. The "Helper" Therapy Principle. *Social Work*, v. 10, n. 2, p. 27-32, 1965. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/sw/10.2.27>.

ROGENESS, G. A.; BEDNAR, R. A. Teenage Helper: A Role in Community Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, v. 130, n. 8, p. 933-936, 1973. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.130.8.933>.

STERNBERG, E. M. *The balance within: The science connecting health and emotions*. London: Macmillan, 2001.

SOARES, V. F. P. *Influência da espiritualidade na experiência de abstinência do indivíduo com transtorno por uso de substância (TUS)*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

THOITS, P. A.; HEWITT, L. N. Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, p. 115-131, 2001.





O conceito de **saúde espiritual** pede a consideração de **apoio espiritual**

Marcelo Saad¹

Entre 2020 e 2021, escrevi quatro artigos relacionados à importância do apoio espiritual para a saúde. Todos estão publicados em inglês e alguns têm acesso restrito mediante pagamento. Dessa forma, poucos colegas brasileiros teriam oportunidade de acompanhar as ideias lançadas nessas publicações. Por essa razão, o texto a seguir é uma compilação das informações contidas nesses artigos, que estão citados nas referências ao final.

¹ Médico; doutor em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); membro diretor da Associação Médico-Espírita de São Paulo (AME-SP).

Relação do bem-estar religioso-espiritual com a saúde

Numerosos estudos já demonstraram uma relação entre o bem-estar espiritual e a saúde física e mental, qualidade de vida e longevidade. Na maioria das pesquisas, essa associação é causal, positiva, estatisticamente significativa e clinicamente relevante. O grau de benefício dessa associação pode ser comparável aos benefícios alcançados pelo consumo de frutas e vegetais. Por meio das vias psiconeuroimunoendócrinas, o bem-estar espiritual pode modular o estresse e promover melhores funções fisiológicas.

Esse efeito está relacionado, principalmente, a uma melhor função imunológica, hormonal e cardiovascular.

Uma estrutura de crenças sólida traz significado, objetivo e conectividade por meio do fortalecimento, do conforto, do bem-estar, da segurança e do idealismo. O resultado é um enfrentamento religioso positivo no modo de lidar com as doenças. Essa abordagem pode ser ainda mais importante durante a pandemia de Covid-19. Permanecer espiritualmente saudável tem potencial para aumentar os parâmetros físicos e a resistência a infecções. Há efeitos do enfrentamento espiritual na fisiologia, sobretudo no sistema imunológico.

Por outro lado, elementos da religiosidade podem prejudicar a saúde. Algumas interpretações doutrinárias podem ser nocivas, em particular quando partes de escrituras são posicionadas fora de contexto.

Alguns líderes de seitas e fanáticos religiosos podem, em alguns momentos, colocar o paciente entre a medicina e a ética religiosa. Um sistema de crenças disfuncional pode incentivar o paciente a utilizar o poder da fé como substituto ao cuidado clínico. Um enfrentamento religioso negativo causa angústia espiritual e comportamento defensivo, o que afeta as decisões de tratamento e bem-estar. As visões particulares sobre santidade da vida podem levar à distanásia, isto é, a persistência em tratamento fúteis em condições terminais.

Introduzindo o conceito de saúde espiritual

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição foi adotada pela Organização Mundial da Saúde



(OMS) desde sua Constituição. Em 1999, a 52ª Assembleia da entidade aprovou uma emenda para inserir o bem-estar espiritual em seu conceito de saúde. Embora essa alteração não tenha sido implementada, a sua mera proposta já mostra a importância do assunto. Assim, a saúde espiritual deve ser considerada uma dimensão do bem-estar geral, ao lado dos físicos, mentais e sociais, ampliando o modelo biopsicossocial com um 4º componente.

Há algumas razões básicas para considerar a saúde espiritual ao pensar sobre o equilíbrio integral. Primeiramente, o termo “saúde espiritual” existe e tem sido usado: em julho de 2021, uma busca na base de dados Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) revelou 420 publicações com esse termo exato no título, resumo ou nas palavras-chave. Além disso, uma necessidade espiritual é distinta daquelas emocionais e sociais: a primeira tem a ver com significado,

propósito, transcendência e conexão. O apoio espiritual refere-se à atenção profissional aos mundos subjetivos de preocupações existenciais derivadas de percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação do sagrado com sua doença e/ou com sua recuperação ou possível morte. Por essa razão, geralmente estão fora do escopo da atuação do psicólogo ou do assistente social.

Por outro lado, reconhecemos que existem muitos obstáculos para explorar o conceito de saúde espiritual. Barreiras gerais relacionadas à espiritualidade em saúde incluem: falta de espaço privado e de tempo, falta de formação inadequada, estar “fora do meu papel profissional” e medo do profissional em impor crenças ou ultrapassar limites. Os médicos também temem enfrentar atos de preconceito de seus colegas ou gestores.



Agentes do cuidado espiritual

Apesar da existência de leis federais que garantem a qualquer paciente o acesso ao apoio espiritual, não há regulamentações sobre como essa atividade deva ser realizada. Isso se torna um desafio constante para o profissional de saúde, que precisa disponibilizar a forma mais abrangente de cuidado baseada nos valores dos pacientes, o que inclui atender às questões levantadas por convicções de fé.

O apoio espiritual é comumente associado à pessoa do capelão. O papel dos capelães profissionais de saúde é muito bem estruturado na América do Norte e em alguns países europeus. No entanto, em muitos outros países (como o Brasil), o capelão é apenas um ministro de uma congregação religiosa que trabalha em uma instituição de saúde. Ele não tem toda a educação pastoral clínica desejável em um capelão profissional certificado. Além disso, poucos hospitais contam com um capelão institucional com uma disponibilidade imediata para atendimento, e os poucos capelães que fazem esse serviço não têm uma formação adequada para prover assistência em um modelo interfé. Felizmente, existem outras formas de apoio espiritual.

Os profissionais da saúde poderiam iniciar com uma breve triagem das necessidades espirituais dos pacientes, detectar problemas que podem impactar o tratamento e acionar os recursos disponíveis na instituição. Um voluntário treinado poderia apoiar essa iniciativa e oferecer um suporte independentemente de afiliação religiosa, conectando o assistido à sua referência espiritual original. Esse agente treinado em um modelo interfé poderia atender algumas necessidades universais.

Tal como um capelão hospitalar, esse voluntário teria algum treinamento para atuar no ambiente de saúde e poderia escrever em

prontuário e participar de discussões multiprofissionais. O atendimento poderia ser feito individualmente (com privacidade e customização para uma consulta por vez) ou coletivamente (como em pequenos grupos de pessoas com características comuns).

Em casos em que o nível de complexidade da necessidade foi maior, o atendimento demandará a capacitação e a experiência de um líder religioso comunitário que possa ir ao hospital. Há práticas religiosas que apenas um ministro ordenado poderia oferecer, como a oração denominacional, os rituais sagrados e símbolos religiosos; leitura e interpretação de escrituras religiosas ou outras leituras inspiradoras; manter sua conexão com a comunidade de fé; e oferecer sacramentos, aconselhamento ou absolvição.

Quem deveria pagar pelo apoio espiritual?

Já que o bem-estar espiritual está direta e positivamente associado a melhores parâmetros de saúde física e mental, qualidade de vida e longevidade, o apoio espiritual deveria ser considerado como cuidado fundamental. A dimensão espiritual é um componente-chave do bem-estar geral e assume funções multidimensionais e únicas. Acreditamos que o apoio espiritual é necessário demais para depender apenas da boa vontade da instituição de saúde ou da feliz alocação de um capelão de uma congregação de fé.

O apoio espiritual deveria ser incluído em uma abordagem integral de saúde, sendo disponibilizado aos clientes com outras intervenções reconhecidamente benéficas, como psicoterapia e fisioterapia. Desse modo, quem deveria pagar por esse serviço é o seguro de saúde e/ou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Vislumbramos a necessidade de profissionalização do apoio espiritual para que o serviço seja pago ou reembolsado por essas instituições.

Cuidados espirituais em ateus e agnósticos

Muitas pessoas nutrem sua espiritualidade por meio de religiões formais ou sistemas de crenças, enquanto outras fortalecem sua dimensão espiritual com elementos não religiosos. Algumas pessoas não têm uma crença específica, e o termo “espiritual-mas-não-religioso” é uma autodesignação de afiliação religiosa cada vez mais popular. Ao contrário do que geralmente se pensa, ateus e agnósticos também podem ter crenças genéricas e questões sobre significado e propósito.

Tudo o que é “espiritual” foi por muito tempo considerado inseparável da religião, e a expressão “espiritualidade secular” é um conceito relativamente novo. Assim, as iniciativas para o bem-estar espiritual deveriam incluir tanto elementos religiosos como laicos. As formas seculares de apoio espiritual podem ter uma relação tão forte com a saúde mental como as religiosas. A seguir, alguns exemplos de recursos não religiosos para a saúde espiritual:

- sentir-se conectado a algo maior, que desperte o amor incondicional;
- estar aberto à inspiração originada das intuições e da voz interior;
- investir no crescimento moral por meio da reflexão pessoal e de escolhas de vida;
- obter força com base em pontos de vista filosóficos e humanísticos;
- passar mais tempo com a natureza, a arte e as práticas contemplativas;

- identificar o que é significativo para si e abrir espaço para isso;
- cultivar otimismo, esperança, gratidão e bom humor;
- buscar a grandiosidade nos pequenos milagres do dia a dia;
- praticar ações filantrópicas com solidariedade e compaixão;
- encontrar expansão da consciência em uma forma secular de meditação.

Conclusão

As quatro dimensões da saúde (física, mental, social e espiritual) são assim divididas apenas para fins didáticos. No entanto, tal divisão é importante para enfatizar cada uma e não perder de vista a necessidade de abordagens múltiplas. Assim como os componentes físico, mental e social estão inter-relacionados, podemos supor que há também interações destes com a saúde espiritual. As evidências acumuladas sobre a relação entre bem-estar espiritual e saúde permitem afirmar que esse serviço deva ser inserido em uma abordagem integral do cuidado. A importância do apoio espiritual é grande demais para depender apenas de iniciativas institucionais isoladas ou da disponibilidade de um capelão. Os seguros de saúde e o SUS teriam o dever de prestar esse serviço juntamente com outras terapias já contempladas.

Referências

SAAD, M. Spiritual Well-Being Affects Emotional and Physical Health. *Alternative and Complementary Therapies*, v. 27, n. 3, p. 109-110, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1089/act.2021.29328.msa>.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. Advocating for the concept of spiritual health. *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 45, p. 563-564, 2021a. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.11.080>.

_____; _____. Religion and health: most of times, an excellent combination. *Einstein*, v. 19, eCE6382, 2021b. Doi: <https://doi.org/10.31744/einsteinjournal/2021CE6382>.

_____; _____. Should Spiritual Care Be Covered by Health Care Insurance and Health Systems? *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 6, p. e27-e28, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.028>.



Links **AME-BRASIL**



www.facebook.com/ame.brasil



[@ame_brasil](https://www.instagram.com/ame_brasil)



www.youtube.com/user/videosamebr



REVISTA
**Saúde &
Espiritualidade**

www.amebrasil.org.br

Biênio 2021-2023