



Espiritualidade e bioética: prevenção da “violência” em instituições de saúde

Spirituality and bioethics: prevention of “violence” in health institutions

Cássia Quelho Tavares

Doutora em Teologia Sistemático-Pastoral pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), professora coordenadora do Grupo de Pesquisa em Mediação de Conflitos e Práticas Restaurativas na PUC-Rio, professora de Ética Cristã no Projeto de Iniciação Teológica à Distância da PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ - Brasil, e-mail: cqtavares@puc-rio.br ou cqtavares@hotmail.com

Resumo

A proposta deste artigo é refletir sobre a dimensão da espiritualidade e da bioética, em vista da construção do diálogo como caminho possível para um cuidado mais humanizado e solidário, prevenindo os mecanismos de violência institucional. A fundamentação teórica dos temas centrais como espiritualidade, vulnerabilidade e humanização do cuidado é apresentada a partir dos seguintes recortes: da teologia, em Karl Rahner; da filosofia do inter-humano, em Martin Buber; e da educação, em Paulo Freire, onde humanização e diálogo se entrecruzam. A vulnerabilidade humana sobressai em nossas unidades de saúde, infelizmente, em parte, reforçada pelas dificuldades relacionais entre profissional de saúde-paciente-família. Essas linhas não resultam de uma pesquisa formal, mas é fruto da experiência

profissional da autora como enfermeira e teóloga, comprometida com a criação de “espaços protegidos”, “rodas de conversa”, lugares onde o profissional-cuidador pode ser acolhido, sentindo-se cuidado. Essas iniciativas demonstram que o diálogo e a espiritualidade, experimentados de maneira mais genuína, resultam na qualidade da assistência oferecida ao usuário dos serviços de saúde pública e complementar, bem como na motivação dos profissionais. Esperamos que esta reflexão fomente novos espaços de partilha solidária, nos quais cuidado, competência e saberes interdisciplinares se encontrem.

Palavras-chave: Espiritualidade. Bioética. Humanização da Assistência.

Abstract

The purpose of this paper is to discuss the dimension of spirituality and bioethics, in view of the construction of a dialogue as a possible path towards a more humane and supportive care, preventing the mechanisms of institutional violence. The theoretical basis of the central themes as spirituality, vulnerability and humanization of care is shown from the following excerpts: the theology of Karl Rahner, the philosophy of inter-human of Martin Buber, and education of Paulo Freire, where humanization and dialogue are interwoven. Human vulnerability stands out in our health unit, unfortunately, partially reinforced by relational difficulties between health professional-patient-family. This article is not a result from a formal research, but the author's experience as a nurse and theologian. Committed with the creation of “protected areas”, “groups of conversation,” places where the professional caregiver may be accepted, feeling that he is cared for. These initiatives demonstrate that dialogue and spirituality experienced in a more genuine way, results in quality of care offered to the user of the public health services and complementary, as well as motivation of the staff. We hope that this reflection encourages new areas of sympathetic understanding, in which care, competence and interdisciplinary knowledge are found.

Keywords: Spirituality. Bioethics. Humanize.

Introdução

A Espiritualidade, embora muito discutida e valorizada em nosso tempo, como um rico mosaico que se “redescobre” a partir das religiões, com um pluralismo religioso importante – partilhas ecumênicas e diálogo interreligioso –, traz desafios que precisam ser discutidos e superados em nossa sociedade que, notoriamente, dá sinais de retorno ao sagrado. Nossa proposta neste artigo é apresentar uma reflexão, com certo tom provocativo, por parte de quem atua em instituição de saúde pública como enfermeira e teóloga, sobre a espiritualidade e a bioética, em vista do diálogo como caminho para a prevenção dos mecanismos de violência institucional.

São muitas dificuldades e equívocos em torno do tema da espiritualidade, algumas vezes destituída de seu lugar real, esvaziada de seu significado, enquanto uma das dimensões fundantes da pessoa humana. Exige lapidação dos equívocos conceituais especialmente nos Serviços de Saúde Pública e Saúde Complementar, onde as diversidades cultural, social e religiosa dividem o mesmo espaço. Nossa reflexão tem como alicerce e ponto de partida a espiritualidade cristã, que é por natureza trinitária, dialógica e libertadora.

No ambiente hospitalar, cenário escolhido, entrelaçam-se “cuidado e cuidador”, participantes e sujeitos de uma construção cotidiana de relações que se entrecruzam, muitas vezes, entre o saber hegemônico do profissional de saúde e o paciente (cliente ou “usuário”), “vulnerabilizado” pelos diversos fatores que os envolvem. Infelizmente, constatamos uma desigualdade que vai além das diferentes competências, saberes e funções do sujeito social; as distâncias e os sinais de indiferença à dor do outro se manifestam nos relacionamentos entre pessoas, profissional de saúde-paciente, profissional-família e entre os profissionais envolvidos. Na verdade, a relação humana e a prática de cuidado nem sempre apontam para um processo de humanização desejável, que valorize a alteridade e a solidariedade entre as partes. Percebemos nos pacientes ou clientes insatisfações e maior adoecimento, no lugar que, a priori, é destinado ao cuidado de sua saúde integral. E, por sua vez, nos profissionais de saúde e de áreas afins, despontam severas frustrações, falta de motivação

no trabalho, levando-os também ao adoecimento e, em muitos casos, ao afastamento de suas funções laborais. Nesse contexto, espiritualidade e bioética, como ética do cuidado, aproximam-se e a reflexão sobre as mesmas deve ser incentivada e discutida.

Para isso apresentamos, inicialmente, uma fundamentação teórica, com raízes na teologia, na filosofia e na educação, conteúdos epistemológicos que servem de base sólida e interdisciplinar para algumas noções correlatas ao assunto, como: vulnerabilidade e violência institucional, tanto para com os usuários dos serviços de saúde, quanto para os profissionais; e os processos dialógicos possíveis de serem construídos, a fim de melhorar a qualidade da assistência à saúde, de maneira mais integral e humanizada.

Espiritualidade e construção dialógica: fundamentação teórica

A espiritualidade pode ser compreendida como uma busca de significado e sentido para a vida, em dimensões que transcendem o tangível, que elevam o coração e o sentir humanos à experiência com algo maior que o seu existencial, podendo ou não estar relacionada a uma prática religiosa formal. Para Karl Rahner (1904-1985), importante teólogo católico do século XX, no ser humano, em sua dinâmica existencial, existe e atua uma experiência transcendental. Além da atividade categorial, isto é, de uma consciência explícita e objetiva, coexiste um domínio subjetivo, complexo e difícil de ser explicitado.

Segundo Teixeira (1987) em K. Rahner a experiência transcendental é assimilada como uma experiência de abertura radical do ser, expressão do desejo infinito; uma experiência que anima e eleva a pessoa a partir de dentro, dando sentido a toda atividade categorial que venha a exercer. Rahner (apud TEIXEIRA, 1987, p. 2) afirma:

Chamamos de experiência transcendental a consciência subjetiva, atemática, necessária e insuprimível do sujeito que conhece, que se faz presente conjuntamente a todo ato de conhecimento, e o seu caráter ilimitado de abertura para a amplitude sem fim de toda realidade possível.

Essa realidade transcendental sobrenatural, apresentada pelo pensamento Rahneriano, em todo ser humano, aponta para a presença de um “mistério santo” que dinamiza o cotidiano da pessoa em sua busca infinita. O mistério, presença amorosa e infinitamente misericordiosa que nomeamos como Deus, nem sempre é traduzido de forma explícita. K. Rahner (apud TEIXEIRA, 1987, p. 2-3) admite um conhecimento “atemático de Deus”, mistério que é, ao mesmo tempo, “infinitamente inacessível” e com “proximidade acolhedora”. O mistério insondável, Deus, habita a profundidade do ser e lhe é concedido como dom gratuito. “A espiritualidade é a atividade pela qual o ser humano sente-se ligado ao todo e percebe o fio condutor que liga e religa todas as coisas para formarem um cosmos” (BOFF, 1999, p. 129).

Essa compreensão do ser humano é fundamental na valorização da espiritualidade e de sua relação com a saúde, tanto da pessoa que é cuidada, quanto daquelas que cuidam. Conforme Guimarães e Avezum (2007), “a espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária”. Os autores citados acrescentam que a espiritualidade, vivenciada através da prática religiosa, no espaço de saúde, tem oferecido conforto e satisfação, mas também tem gerado discórdias, fanatismos e violentos confrontos. Nesse contexto, que certamente distancia o dado fundamental da compreensão da espiritualidade de uma vivência mais genuína, a construção de ambientes favoráveis ao diálogo é indispensável.

Concordamos com Pessini (2010) ao afirmar que a espiritualidade libertadora tem a capacidade de fecundar a vida com criatividade, muitas vezes desmontando as certezas tecnológicas, científicas, intelectuais, colocando-nos com os pés fincados no chão de nossas realidades humanas e nos dando condições de superação e fortalecimento, diante das fragilidades próprias da condição humana. Passa a ser indispensável no processo de redescoberta do ser e das possibilidades de superação, recriação e do repensar a vida diante da dor, da doença, do sofrimento, da cura, da morte e do luto. Esse é nosso cotidiano hospitalar que

reafirma a importância da espiritualidade, do diálogo e da “resiliência”¹, em cada enfermo, em suas famílias, nas equipes de saúde, na comunidade e demais sujeitos implicados no cuidado.

Um diálogo acolhedor como uma das práticas do cuidado, nem sempre percebido como tecnologia, precisa ser incentivado e construído. É um processo lento. Estamos diante de uma tecnologia *leve*², fundamental, que exige dos envolvidos abertura do coração e disponibilidade para uma escuta solidária e amigável. Para melhor embasarmos a dimensão dialógica necessária para que a espiritualidade seja assumida com liberdade nos ambientes de saúde, apresentamos a filosofia de Martin Buber, com uma antropologia do inter-humano e o pensamento do educador brasileiro Paulo Freire.

Martin Buber (1878-1965), filósofo, aborda em seu pensamento, essencialmente, o diálogo que é estabelecido pela pessoa humana numa atitude existencial do face a face. Em sua obra *Eu e Tu* (1923)³, Buber faz um apelo ético, mostrando que a relação “eu-tu” e “eu-isso” constituem uma importante comunicação linguística, definindo, assim, duas atitudes éticas: a objetivante (cujo objetivo volta-se também para o outro) e a do respeito interpessoal.

A obra *Eu e Tu* revela a fase mais madura e complexa da filosofia de M. Buber, apresentada não apenas como uma descrição fenomenológica, mas como uma ontologia da relação. Podemos afirmar que a “principal intuição de Buber foi exatamente o sentido do conceito de relação para designar aquilo que, de essencial, acontece entre seres humanos e entre o Homem e Deus” (BUBER, 2007).

¹ A Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) define a expressão como a “capacidade ou habilidade desenvolvida a partir de crenças básicas que estruturam o comportamento das pessoas para a superação. Os resilientes enfrentam situações adversas e de estresse elevado com habilidade de enxergar, compreender e tomar decisões apropriadas para superar e vencer as adversidades nas diferentes áreas da vida”. Disponível em: <<http://www.sobrare.com.br>>. Acesso em: 11 de out. de 2012. É um conceito proveniente da física e passou a ser utilizado pela psicologia e outras ciências.

² “As tecnologias podem ser classificadas em *leve* quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em *leve-dura* quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e *dura* quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas” (ROCHA et al., 2008, p. 113-116).

³ Cf. BUBER, M. *Eu e tu*. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. p. 11-15.

Inicialmente, M. Buber apresenta a palavra como sendo dialógica – sua característica primordial está no fato de a palavra acontecer no “entre”. A palavra é muito mais do que um simples dado ou caminho de comunicação, é palavra falante, tem sentido de “portadora de ser”: por ela, o ser humano é introduzido na existência. Aqui se faz um paralelo importante com o Livro do Gênesis – “Deus disse...” (Cf. Gn 1,1-31; 2,1-4a) – relato da Criação e o Prólogo do Evangelho de São João – “No princípio era o Verbo e o Verbo estava com Deus e o Verbo era Deus. No princípio, ele estava com Deus, tudo foi feito por meio dele e sem ele nada foi feito [...]” (Jo 1,1-3).

A palavra dita é sempre uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora da pessoa. “Ela é um ato do homem através do qual ele se faz homem e se situa no mundo com os outros” (BUBER, 1979). Na palavra, há uma intencionalidade, que revela o princípio ontológico do homem como ser *dia-logical* e *dia-pessoal*, onde se instaura uma direção entre dois polos, entre duas consciências vividas. A palavra-princípio é *diá-logo* e fundamento ontológico para o inter-humano. O dado mais primitivo é a própria relação que se instaura. Por exemplo, ao tratar sobre Deus, a palavra O apresenta como sendo o Tu “ao qual o homem pode falar e nunca algo sobre o qual ele discorrerá sistemática ou dogmaticamente. O Tu eterno é aquele que nunca poderá ser um isso” (BUBER, 1979).

O homem é ser de relação e as principais categorias para a vida em diálogo se apresentam como: *reciprocidade, ação totalizadora, subjetividade, responsabilidade e decisão-liberdade*. E o fenômeno da relação é explicitado através da *relação essencial*, do *encontro*, cada um com um sentido próprio. Esses fatores encontram eco na antropologia cristã e são importantes para a reflexão em torno da espiritualidade nos espaços de saúde.

Outro ponto que desejamos destacar está no fato de M. Buber afirmar que em “hipótese alguma o outro pode ser um objeto. Se isto acontecer, e aí está o destino do homem, o Tu já não é mais senão um Isso [...]” (BUBER, 1979).

O diálogo só pode acontecer se houver uma verdadeira reciprocidade, quando a pessoa é capaz de fazer a experiência de estar “ao lado do outro”, sem, contudo, abrir mão daquilo que lhe é próprio e intransferível.

Na obra *Ensaio sobre Diálogo*, BUBER (2007) afirma:

O encontro – o diálogo verdadeiro se dá quando cada um em sua alma volta-se-para-o-outro de maneira que, daqui por diante, tornando o outro presente, fala-lhe e a ele se dirige verdadeiramente [...]. As palavras que nos são transmitidas traduzem-se para nós no nosso humano e volta-se-um-para-o-outro.

É muito evidente, e temos discutido entre os docentes e responsáveis por hospitais de ensino, que profissionais de várias áreas, sobretudo os da saúde, não recebem em sua formação acadêmica preparo suficiente para a discussão e o confronto com situações de fórum existencial. Entre essas situações estão a morte, o luto, as decisões diante dos dilemas bioéticos relacionados à ortotanásia e a distanásia, a comunicação de notícias difíceis, entre outros. Essa é uma lacuna na grade curricular e na experiência profissional posterior. Também não é construído um “exercício da experiência fundamental do relacionamento sincero, confiante e cuidadoso entre pessoas interdependentes” (MILLEN, 2012, p. 135). Por isso, entendemos que o educador brasileiro Paulo Freire, a partir de sua pedagogia, pode nos auxiliar efetivamente para a construção de novos espaços dialógicos intrainstitucionais.

A originalidade metodológica de Paulo Freire provém, em grande parte, de sua experiência de vida concreta e comprometida com a realidade do ser humano oprimido e sofrido. O educador afirma que “não é possível fazer uma reflexão sobre o que é a educação sem refletir sobre o próprio homem” (FREIRE, 1988, p. 27). A partir de sua experiência, transforma sua inquietação em ideias, em teoria e *práxis*. Tece seu saber na experiência diária com o sofrimento humano que respeitosamente observou. Sua teoria surge da reflexão *da e com* a realidade, pois “não há educação fora das sociedades humanas e não há homem no vazio” (FREIRE, 2007, p. 43).

Reiteramos que a pedagogia de Paulo Freire é uma contribuição importante como um instrumental metodológico para o estabelecimento de um diálogo mais sincero ou “genuíno” entre o “eu-tu”, nas diversas relações instituídas nos ambientes de saúde. O educador apropria-se de uma educação dialógica e critica o modelo educacional tradicional que

denomina de “Educação Bancária”, ainda presente nos espaços socioeducacionais. Ao criticar e rejeitar a educação bancária, Paulo Freire apresenta sua visão antropológica, fundamental para a elaboração de sua práxis educativa continuada. Para o educador, é necessário compreender o ser humano a partir de um aporte antropológico-filosófico. A educação na concepção de Paulo Freire, permeada pelo humanismo, tem uma conotação política, pois ensinar é sempre um ato que implica liberdade, ética e política. A educação “bancária”, para P. Freire reforça a “cultura do silêncio” – modelo antidialógico –, sendo, portanto, estéril ou até deformador.

A pessoa “ingênua”, sem uma consciência crítica em desenvolvimento, tende a adaptar-se ao mundo, à realidade parcial e pré-concebida, mantendo o “saber” em “depósitos”. Pode manter-se apática diante das situações da vida. Esse dado explica muitos sinais de mimetismo, dos mecanismos de massificação e de manipulação presentes nos ambientes laborais e de serviços de saúde, onde o paciente muitas vezes é visto como aquele “necessitado” de atenção, que recebe, de maneira passiva, o que o profissional de saúde, “detentor do saber”, lhe oferece. Tal situação é agravada, muitas vezes, pela informação colocada sem clareza e objetividade, sem adequação ao saber e conhecimento de quem a recebe. Isso reflete uma sociedade que se satisfaz com o pouco oferecido, com a falta de opções e acesso, sem escolhas, liberdade e autonomia.

Sob a fundamentação da reflexão teológica e da bioética, que se apresenta como *moral do diálogo*, reconhecemos particular relevância na proposta de *Dialogicidade e Amorosidade*, matrizes teóricas do pensamento de P. Freire, como instrumentais para facilitar os aspectos das interrelações pessoais e profissionais nos serviços de saúde. Esse processo pode acontecer por meio das dialéticas: *escuta-reciprocidade e humildade-autoridade*.

Paulo Freire entende o ser humano como um ser em busca constante para ser mais. O homem e a mulher são seres incompletos, inconclusos e inacabados. A consciência da inconclusividade constitui o núcleo filosófico da educação freireana, isto é, a “educação é a resposta da finitude da infinitude. A educação é possível para o homem, porque este é inacabado e sabe-se inacabado” (FREIRE, 1988, p. 27-28). Essa busca pertence ao ser humano consciente de sua incompletude diante da completude de Deus. Conduz a pessoa numa empreitada para ser mais do que já é, e a encontrar-se a “si

mesma”. Essa análise freireana aproxima-se do sentido da espiritualidade, que apresentamos inicialmente, a partir do teólogo K. Rahner. A espiritualidade se aprofunda, à medida que nos encontramos com o *humanum*, com o outro – quanto mais humano, mais espiritual. Quanto mais profundo, mais certo de que podemos “ser mais”.

Quanto mais a pessoa se percebe capaz de perguntar e é respeitada em seus posicionamentos, em suas dores e angústias, sendo incentivada pela equipe de saúde que a acompanha, o elemento central da tese freireana se instaura: a *pedagogia da autonomia*. É um “salto” qualitativo que facilita a sedimentação de uma consciência crítica e libertadora, supondo o componente da criticidade e da relação entre *as partes*.

Vulnerabilidades e violência institucional

Há muita dificuldade em estabelecer relações dialógicas e participativas entre a equipe de saúde, os pacientes e seus familiares. Essa dificuldade relacional é um dado objetivo e indiscutível. Assim, apresentamos duas perguntas norteadoras para as próximas linhas:

Quem é a pessoa *cuidada*? E respondemos com Paulo Freire (1992, p. 35, grifo meu):

É paixão, saudade, tristeza, esperança, desejo, sonhos rasgados, mas não desfeitos, ofensas, saberes acumulados, nas tramas inúmeras vividas, disponibilidade à vida, temores, receios, dúvidas, vontade de viver e de amar. Esperança, sobretudo.

E quem é a pessoa que “cuida”? Paulo Freire (1992, p. 64) assim a define:

Acho que uma das melhores coisas que podemos experimentar na vida, homem ou mulher, é a boniteza em nossas relações mesmo que, de vez em quando, salpicadas de descompassos que simplesmente comprovam a nossa “gentetude”.

Espiritualidade, diálogo e cuidado humanizado são questões que se entrecruzam e não as podemos separar do cotidiano hospitalar, principalmente nas rotinas do desenvolvimento biotecnológico; do mesmo modo, essas questões devem ser consideradas nos investimentos em saúde, nas intervenções terapêuticas e no uso das tecnologias *leve-duras* e *duras* – que embora indispensáveis, nem sempre são executadas de forma comunicativa e solidária. O olhar e a compreensão do existencial humano não é elemento secundário e deveria preencher nossas salas de aula, enfermarias, consultórios, CTIs, centros cirúrgicos, laboratórios, centros de estudos, ensino e pesquisa etc.

Boff (1999 apud ZOBOLI; PEGORARO, 2007, p. 217) distingue o ser-no-mundo em relação ao trabalho e ao cuidado. Interessa-nos a interface do cuidado que desponta para o sentido da humanização e das relações dialógicas, como: relação de convivência; relações equitativas de cidadania; acolhimento e ternura; reconhecimento do valor intrínseco das pessoas; vulnerabilidade, fragilidade e humildade; solicitude; interconexão e interdependência; autonomia responsável e solidária; princípios e direitos; ética do cuidado; e atitudes de responsabilidade.

Recordamos a narrativa do Evangelho Segundo Lucas, quando Jesus pergunta ao cego, que mendigava na entrada de Jericó: “*Que queres que eu faça?*” (Lc 18,35-43). As tecnologias quando esvaziadas da presença do *humanum*, sem sensibilidade e humanização, não respondem a essa pergunta existencial, profunda, transformadora e salvadora. Somente um olhar, um toque e uma escuta são capazes de estabelecer uma comunhão entre o paciente e seu cuidador.

As vulnerabilidades são muitas, tanto entre os pacientes, quanto nos profissionais envolvidos no cuidado. Destacamos, conforme Plentz, Pithan e Eick (2007 apud BARCHIFONTAINE; ZOBOLI, 2007, p. 213-216), as fragilidades em relação à falta de simetria entre médico e paciente, reforçada muitas vezes pelos serviços de saúde e pela insuficiência do processo de informação. Desse contexto resultam diferentes formas de vulnerabilidade, quais sejam: vulnerabilidades técnicas; as desigualdades de forças entre o “fornecedor” de saúde e o “receptor” do cuidado; a vulnerabilidade jurídica, pela ausência de conhecimento sobre os direitos e deveres

dos usuários de saúde estabelecidos pelo SUS; vulnerabilidade política ou legislativa; vulnerabilidade biológica ou psíquica, marcada pela dor e pelo sofrimento, muitas vezes sombreada pela falta de esperança e presença solidária; vulnerabilidades de ordem econômica e social que interferem numa distribuição justa e equitativa dos bens de saúde à população, especialmente entre os mais frágeis e menos esclarecidos de seus direitos; a vulnerabilidade ambiental, pelo descuido com a natureza e o meio ambiente em toda a sua complexidade e amplitude.

Barchifontaine e Zoboli (2007) apontam para o que denominam de *hipervulnerabilidade*, quando o princípio bioético da autonomia não é exercido e o consentimento livre e informado, não é cumprido. O paciente, então, exposto à condição de maior risco, além de afastado de seu processo terapêutico, fica à margem, destituído de poder, participação e decisão de seu plano de tratamento. Observa Almeida (2007, p. 141) que:

O serviço público muitas vezes não atende a população como poderia e deveria. É importante que a pessoa tenha certeza no caminho que vai seguir, certeza alcançada com informação de qualidade [...]. Deve-se tornar essas informações comuns, acessíveis, em uma linguagem que se compreenda em qualquer lugar.

Essas vulnerabilidades, próprias da condição humana e muitas decorrentes do cotidiano institucional, produzem conflitos que se instalam nos ambientes laborais de saúde. Muitos desses conflitos, se não forem vislumbrados e tratados como possibilidade de crescimento humano, podem se tornar “disparadores” de processos de violência institucional. Cabe fazer uma distinção entre conflito e violência.

Segundo Muszkat (2008, p. 27-29):

Do ponto de vista constitutivo, o conflito propicia condições de crescimento e transformação sempre que, por intermédio da flexibilização do desejo, atinge-se a noção de alteridade [...]. O conflito geralmente se inicia por um pequeno desentendimento que, dependendo da habilidade e flexibilidade na comunicação entre as partes que se desentenderam, pode vir ou não a se transformar numa controvérsia, que por sua vez desaguará no conflito, agora como franca disputa.

Os conflitos humanos surgem em diversas situações em que os pares são frustrados em seus interesses e podem, por vezes, sentir-se injustiçados e incompreendidos, distanciando-se uns dos outros e tornando-se opositores irreconciliáveis (MUSZKAT, 2008). Esse processo é muito comum nos ambientes laborais, especialmente entre os pares de trabalho.

Violência institucional, de acordo com Mury (2004 apud MUSZKAT, 2008, p. 31), é “aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário. É perpetrada por agentes que deveriam proteger”. Acrescenta-se aqui a definição de violência institucional elaborada pelo Ministério da Saúde:

Aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. Esta violência pode ser identificada de várias formas (BRASIL, 2004).

Os pacientes dos serviços de saúde podem ser afetados pela violência institucional quando lhes é negado, por exemplo, o direito a uma atenção humanizada, a preservação da privacidade, ou o acesso às medidas preventivas e terapêuticas. Caracterizam-se como violência institucional também situações em que os pacientes são expostos a ambientes desorganizados e insalubres, além de outras situações decorrentes do descaso político, da formação deficitária dos profissionais, da implementação parcial dos programas de políticas públicas de saúde, da falta de interlocução entre as instâncias governamentais e as representações sociais. O debate em torno da violência institucional ainda é pouco divulgado. O assunto começou a ser ampliado especialmente a partir de três conjuntos de normas de grande importância para a sociedade brasileira: a Reforma Sanitária Brasileira; a Política Nacional de Humanização (desde 2003, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS) e o Código de Defesa do Consumidor.

Tantonoaspectosteóricosquanto na prática intervencionista, a violência produzida pela instituição ou na instituição torna evidente a

relação direta com os Direitos Humanos. A violência, “evidenciada” ou “mascarada”, apresenta-se nos diversos segmentos da sociedade: no universo dos usuários, no espaço dos profissionais, nas variadas áreas prestadoras de serviços, públicas ou privadas. Lembramos que todos nós podemos transitar nas duas realidades – ora como usuários, ora como profissionais. Conhecemos essa história... Apresentamos alguns exemplos: busca incansável por diversos serviços até receber, ou não, atendimento; sensação experimentada pelo usuário de que é devedor de algo que por direito lhe é oferecido; falta de escuta e tempo para o usuário e seu acompanhante; atendimentos rápidos e muitas vezes despersonalizados (desde a porta de entrada até a alta hospitalar); ambientes nada acolhedores em todos os seus aspectos; distância, indiferença, arrogância, falta de atenção ou omissão no atendimento, negligência; maus-tratos dos diversos profissionais para com os pacientes e vice-versa; discriminação de raça, religião, idade, orientação sexual, gênero, ou com portadores de necessidades especiais; expressões pejorativas; negação de alguns direitos fundamentais, falta de espaço para o exercício da autonomia; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física, verbal, moral; falta de facilitação para a prática religiosa; descrédito em relação à espiritualidade; proibição de acompanhantes ou visitas sem flexibilidade dos horários; diagnósticos imprecisos; prescrição de medicamentos inefcazes; receitas e orientações mal redigidas com letras e posologia incompreensíveis; falta de esclarecimento acerca de exames e do tratamento, entre outros.

Para Muszkat (2008), é imprescindível exercer a habilidade em se administrar as diferenças entre as pessoas, particularmente construindo o diálogo onde ele não existe. Acrescenta:

Também é importante lembrar que a linguagem é um dos principais fatores geradores e mantenedores de conflitos. Formas de comunicação verbais e não-verbais – como expressões faciais e posturas corporais – podem despertar sentimentos de ódio, rejeição, medo, raiva e ameaça, que, se en-dossados por valores e práticas culturais, poderão gerar as mais variadas

reações, que vão desde o recolhimento até a violência, tornando a comunicação o grande vilão da história (MUSZKAT, 2008, p. 31).

A partir desses fatores conflitivos, dos dados de violência institucional, compartilhamos a nossa experiência em estratégias de resolutividade. São algumas indicações que têm encontrado adesão entre os profissionais em processo de formação e entre os formadores.

A interdisciplinaridade na implantação de estratégias humanizadoras: a importância da teologia como mediadora nas relações

A reflexão teológica tem uma tarefa muito particular ao apresentar fundamentos sólidos na mediação dos diversos temas relacionados ao existencial humano, incluindo a dimensão da espiritualidade. Muitos assuntos são mal compreendidos ou minimamente trabalhados pelos profissionais de saúde. Assim, teólogos e bioeticistas encontram possibilidades de atuação nos vários cenários com muitos assuntos e com indiscutível riqueza e fundamentação teórica, como por exemplo:

- a) nas discussões voltadas para a vida em seu sentido mais pleno; sobre a morte e o morrer; nas situações onde existam circunstâncias de assédios; a escuta; no aconselhamento; no apoio junto às diversas decisões entre pacientes, profissionais e familiares; como facilitadoras do processo de autonomia da pessoa; como membros nas Comissões de Bioética e de Ética etc.
- b) oferece consultoria, assessoria e suporte científico e humano ao profissional de saúde nas diversas situações-limite. Não se trata, pela reflexão teológica, de uma presença pastoral mais qualificada (a pastoral tem seu lugar específico e sua devida importância) – mas o(a) teólogo(a), a partir dos princípios bioéticos, com uma visão integradora/personalista da pessoa, pode contribuir para um cuidado mais humanizado e fomentador de autonomia – o que nem sempre é consenso nos espaços técnico-científicos.

Algumas propostas a partir da nossa experiência interdisciplinar em instituição de saúde como enfermeira e teóloga

Entre as propostas de trabalho, notamos a importância da mediação de conflitos e da criação de espaços protegidos entre profissionais da equipe de saúde, como rodas de conversa, com garantia de sigilo e privacidade; oficinas de capacitação profissional; grupos de humanização; criação de espaços para partilha de experiência entre profissionais e estudantes da área da saúde e afins.

Todas as abordagens têm como base epistemológica uma perspectiva bioética, com o objetivo de:

- a) minimizar o estresse laboral;
- b) reduzir a sensação de solidão no trabalho;
- c) contrapor-se à hegemonia de algumas áreas;
- d) minimizar a sobrecarga imposta pelo autoritarismo e pelas relações de poder;
- e) estreitar as relações interdisciplinares para a tomada de decisão sobre as intervenções terapêuticas (comunicação de notícia difícil);
- f) escutar de forma cuidadosa a fim de restituir a relação de confiança e a credibilidade da instituição e dos profissionais envolvidos no cuidado (sigilo, privacidade, identificação, toque atencioso, explicação acerca da intervenção etc.);
- g) humanizar as relações de trabalho nas equipes afins e interdisciplinares;
- h) dialogar e dividir as dificuldades diante do sofrimento e da morte; “cuidar do cuidador”, sempre.

Esse último elemento frequentemente é tratado como secundário ou colocado como estrita responsabilidade do Serviço de Saúde do Trabalhador. Deveria, porém, estar na pauta de todos os serviços, unidades, gerências, recursos humanos etc. Aquele que cuida também adoce, também é vulnerável.

Cada vez mais o profissional de saúde percebe a necessidade da criação e do cultivo de ambientes acolhedores, de “espaços protegidos”

e solidários. Sentir-se acolhido nas suas fragilidades, impotência, frustrações, insuficiências e compartilhar a face dos bons resultados e êxitos profissionais, ideais e projetos, sonhos e esperanças. O Ministério da Saúde, por meio de políticas públicas, tem implantado, procurando implementar essas iniciativas pelo HumanizaSUS, com a construção coletiva da Ambiência (SUS) e os Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação (BRASIL, 2004).

Considerações finais

Apesar do resultado parcial e distante do que desejamos, permaneceremos encorajados, uma vez que, as iniciativas apontam para uma melhor integração das equipes, para maior confiança por parte do paciente e de sua família, maior envolvimento dos residentes nas áreas de saúde e ciências humanas, estagiários e estudantes diversos. Essas iniciativas proporcionam segurança e indicam que devemos continuar nesse projeto de médio e longo prazo, colaborando para a redução da permanência do tempo de internação do paciente em função da melhor qualidade e humanização do cuidado e do cuidador. Tais iniciativas podem ainda contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar e para melhor utilização e aproveitamento de insumos; como resultado, essas práticas corroboram com menores taxas de adoecimento do profissional com afastamento de suas funções etc. A teologia e a bioética, numa perspectiva interdisciplinar, afinam-se às demais áreas como mediadoras, facilitadoras dos processos humanos relacionados à saúde e à doença, à vida e à morte, enfim, ao ciclo da existência.

Referências

ALMEIDA, G. A. Mediação, proteção local dos direitos humanos e prevenção da violência. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, ano 1, edição 2, p. 136-149, 2007.

BARCHIFONTAINE, P.; ZOBOLI, E. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: São Camilo, 2007.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico. Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf>. Acesso em: nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. Tradução, introdução e notas de Newton Aquiles von Zuben. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Tecnologias e técnicas em saúde. Como e por que utilizá-las no cuidado de enfermagem**. São Paulo: Difusão Editora, 2004.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl.1, p. 88-94, 2007.

MILLEN, M. I. Espiritualidade e comportamento em saúde. In: MARTINS, A. A.; MARTINI, A. **Teologia e saúde: paixão e fé em meio à vulnerabilidade humana**. São Paulo: Paulinas, 2012.

MUSZKAT, M. E. **Guia prático de mediação de conflitos: em famílias e organizações**. 2. ed. rev. São Paulo: Summus, 2008.

PESSINI, L. **Espiritualidade e a arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde**. São Paulo: São Camilo, Paulinas, 2010.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA – SOBRARE. **Desenvolvendo liderança resiliente em áreas estratégicas. O que é resiliência?** Disponível em: <<http://www.sobrare.com.br>>. Acesso em: 11 out. 2012.

TEIXEIRA, F. **Karl Rahner e as religiões**. 1987. Disponível em: <www.iserasessoria.org.br/novo/arqsupload/87.DOC>. Acesso em: jun. 2012.

ZOBOLI, E. L. P.; PEGORARO, P. B. B. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 214-224, abr./jun. 2007.

Recebido: 07/08/2012

Received: 08/07/2012

Aprovado: 30/10/2012

Approved: 10/30/2012