



Pesquisa de Iniciação Científica: *Anamnese Espiritual enquanto um protocolo clínico*

Nome: Aidan Valentina Fongaro

Filiação: Unicamp, Ciências Sociais, bacharel em antropologia

Vigência: Janeiro de 2019 - Dezembro 2019

Agência de fomento à pesquisa: Fapesp

Orientador: Rodrigo Toniol

A presente pesquisa de iniciação científica se debruçou sobre um tipo de instrumento que tem recentemente ganhado espaço na prática clínica, que será referido doravante neste resumo como Anamnese Espiritual.

Ainda que as tecnologias diagnósticas e de tratamento tenham avançado rapidamente ao longo das últimas décadas, a entrevista com o paciente, a chamada anamnese, permanece desde a Grécia Antiga como um elemento insubstituível para o atendimento à saúde. Ela é o meio pelo qual o profissional de saúde acessa os sintomas do paciente e é o que orienta a busca por sinais e conseqüentemente, conduz ao diagnóstico. Ela foi proposta como parte fundamental do atendimento clínico por Hipócrates, o médico grego conhecido como o pai da medicina moderna. Hipócrates secularizou o atendimento à saúde, antecipando em mais de dois mil anos o apartar entre ciência e religião visado pela modernidade ocidental. Ele rejeitou o lado místico dos cuidados da saúde e se preocupou em sistematizar observações sobre as enfermidades, além a criar as diretrizes de como deveria se dar o exame clínico.

A partir desse modelo, a medicina e as práticas espirituais e religiosas se consolidaram como elementos cada vez mais independentes - ainda que continuassem se relacionando enquanto práticas de atenção à saúde não hegemônicas no ocidente. Com o passar dos anos a medicina isolou tecidos, descreveu partes do funcionamento do metabolismo humano, observou cada vez mais padrões na evolução de sintomas, batizou novas doenças e síndromes, desenvolveu novas ferramentas para medir, auscultar, cortar,

fechar, transplantar... O volume de informação que as ciências médicas levantavam a respeito do corpo humano e suas mazelas cresceu exponencialmente.

Esse crescimento organizou os currículos de medicina para treinar olhos que busquem sinais e mentes que encontrem o diagnóstico mais adequado. Mas, como resultado, os médicos se tornaram muitas vezes mais afeiçoados às enfermidades do que ao próprio doente em aflição. Nas últimas décadas, também assistimos ao rápido desenvolvimento de tecnologias diagnósticas cada vez mais sofisticadas, intervenções cirúrgicas cada vez mais amparadas por aparelhos e instrumentos especificamente projetados que corroboram com uma ideia de que a qualidade da medicina está associada aos altos custos, e de que a mediação de instrumentos garante a precisão da atuação do médico. Nesse contexto, as relações no ambiente clínico foram bastante afetadas, se transformando muitas vezes de uma relação médico-paciente para uma relação médico-instrumento-sintoma, abafando o aspecto humano do encontro clínico.

Em 1998, essa tendência da prática clínica mobilizou a Organização Mundial da Saúde em um comitê executivo especial que propôs a alteração do primeiro parágrafo do preâmbulo de sua constituição onde se lia, desde 1946, "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*", para "*Health is a state of complete physical, mental, **spiritual** and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" (grifo pessoal). Essa ideia de espiritualidade citada pela OMS estaria voltada para qualquer entendimento que uma pessoa possa fazer de sua própria condição humana, seu estado de espírito, suas angústias, esperanças etc, entendimento esse que, não raro, apresenta relação com ideias de divino ou sagrado - ainda que não esteja limitado a elas.

A proposta da OMS seria resgatar a noção de uma atenção integral, que tivesse em perspectiva a dimensão humana do paciente enquanto constituinte de seu estado de saúde. De toda forma, a nova definição de saúde se tornou umas das principais formas de legitimar a relação entre espiritualidade e saúde, que havia sido marginalizada pelas transformações modernas ocorridas no Ocidente. A partir disso, categorias diversas de espiritualidade enquanto promotoras de boa saúde avançaram para dentro de âmbitos como produção científica, políticas públicas de saúde e práticas clínicas. No Brasil e no mundo passou-se a investigar com mais afinco as potências da espiritualidade para a saúde e a legitimar formas complementares de terapias (como acupuntura, reiki, yoga, meditação etc) dentro do entendimento das secretarias de saúde pública. Além disso, a espiritualidade começou a penetrar as práticas clínicas, fazendo com que os pacientes

ganhassem espaço para trazer seus entendimentos de espiritualidade para o seu processo terapêutico.

Organizando essa entrada da espiritualidade nas clínicas, surgem os protocolos que buscam investigar a espiritualidade do paciente. As Anamneses Espirituais são uma nova categoria de protocolo clínico que podem vir tanto na forma de um questionário anamnésico fechado, ou de um questionário de caráter psicométrico, quanto um roteiro de perguntas que oriente as indagações do clínico, bem como podem ser as perguntas que o médico possa vir a fazer de maneira espontânea ao paciente - mas sempre quando pelo menos uma das perguntas se refere à relação do paciente com a própria religiosidade ou espiritualidade. Importante lembrar que a Anamnese Espiritual vai além de indagar o paciente apenas a respeito de sua filiação religiosa. Ela se preocupa, em alguma medida, em como essa filiação, ou suas crenças espirituais, organizam e impactam na vida do paciente.

O embrião desses protocolos surge ainda em 1998, logo após a alteração do preâmbulo da constituição da OMS. O WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life - 100*) foi um questionário psicométrico de 100 questões, desenvolvido pela própria Organização Mundial da Saúde, que pretendia aferir a qualidade de vida de pessoas independente de seus contextos culturais. Ele investigava seis níveis de bem-estar pessoal: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. No entanto, as quatro perguntas referentes ao domínio da espiritualidade se mostraram insuficientes ao mesmo tempo em que suas respostas foram muito potentes para medir a qualidade de vida. A OMS então desenvolveu o questionário WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*). Constituído por 32 perguntas, o novo questionário se propunha a aprofundar exclusivamente as relações do indivíduo com sua espiritualidade, religiosidade ou crenças pessoais, numa tentativa de complementar o instrumento psicométrico de qualidade de vida da OMS.

No ano seguinte, em 1999, a americana Dr. Christina Puchalski desenvolve um roteiro de avaliação da espiritualidade para uso clínico, denominado FICA. O instrumento consiste num questionário de quatro perguntas relacionadas à fé e crenças, sua importância e influência na vida do paciente, se o paciente pertence a alguma comunidade religiosa e se o paciente gostaria que os profissionais de saúde abordassem sua espiritualidade durante o tratamento da saúde. Além disso, o instrumento contém cinco recomendações para que essas perguntas sejam feitas de maneira sensível ao paciente. No

mesmo ano, Puchalski afirmou em entrevista ao periódico americano *Journal of Palliative Medicine*, que a relevância da espiritualidade para os cuidados da saúde se dá na medida em que, por vezes, os pacientes aprendem a lidar com sua condição (*to cope*) e a entender suas doenças através de suas concepções espirituais - que não necessariamente se relacionam com a ideia de Deus. Dessa forma, Puchalski insere a perspectiva espiritual dentro do espectro de possibilidades de significação da própria condição humana enferma, e faz uma significativa contribuição metodológica para como se abordar o assunto em clínica.

Surgiram outros instrumentos que desprenderam atenção para o lado espiritual ou religioso do paciente. Em 2002, o FACIT, questionário auto aplicável de 40 perguntas, avalia o bem-estar físico, social/familiar, emocional, funcional e dedica 12 perguntas para o bem-estar espiritual sob o título de “Additional Concerns”. Em 2010, a escala Duke, ou DUREL. Desenvolvida na Universidade de Duke para ser aplicado junto com o levantamento do histórico clínico do paciente, tem o propósito de auxiliar estudos observacionais longitudinais de caráter transversal. Consiste em 5 perguntas auto aplicáveis, referentes à religiosidade e espiritualidade. Esses questionários clínicos constituem uma forma sistemática da Anamnese Espiritual, utilizada principalmente para a realização de pesquisas médicas que investigam a relação entre espiritualidade e saúde, e se tornaram modelos que inspiraram o desenvolvimento de outros tantos instrumentos de proposta à atenção à espiritualidade.

O primeiro uso expressivo das Anamneses Espirituais está relacionado, então, ao levantamento de evidências científicas a respeito da relação entre espiritualidade e saúde, que têm se multiplicado desde 1998. A princípio, existe uma ideia de incongruência moderna entre o caráter científico do exercício da medicina e as categorias de espiritualidade e religiosidade. Essa incongruência é uma das principais resistências enfrentadas para a consolidação da espiritualidade enquanto uma categoria de saúde, fazendo com que o uso clínico das Anamneses Espirituais esteja primeiro relacionado a um caráter de pesquisa. E o que os campos e a apropriação de bibliografia desta pesquisa indicaram, foi que a espiritualidade tem três principais potências benéficas para um paciente clínico e hospitalar: (i.) apontar uma rede de apoio acionável pelo paciente em uma comunidade religiosa ou espiritual; (ii.) o estabelecimento e manutenção de uma boa relação médico-paciente - tanto pelo caráter terapêutico da escuta, quanto pela confiança que se estabelece com o clínico interessado pela profundidade do paciente; e (iii.) abrir a

possibilidade de se planejar uma intervenção médica que dialogue com a espiritualidade do paciente, tentando assim garantir um *coping* positivo da condição que ele enfrenta.

No entanto, os obstáculos para a consolidação desse tipo de abordagem clínica vão além do ceticismo da medicina moderna a respeito dos benefícios de se trabalhar com espiritualidade. A questão da falta de tempo, durante um encontro clínico, para se aprofundar em um aspecto da vida do paciente que não esteja diretamente ligado aos seus sintomas aparece como um empecilho para esse tipo de abordagem. Além disso, médicos formados em um currículo orientado por evidências científicas biomédicas, muitas vezes não estão preparados para abordar o tema da espiritualidade com o paciente - muito menos para pensar em alguma intervenção sensível a essa espiritualidade. O primeiro olhar do médico sobre o enfermo é direcionado para sua enfermidade isolada. E quando o que se vê na clínica se desencontra de uma certa expectativa, isso cria no clínico uma tendência de buscar aquilo que corresponda ao seu repertório de formação, já que isso lhe proporciona possibilidades de decisão mais seguras. As condições incertas impostas na clínica geram nos médicos uma certa resistência em trabalhar com elementos fluidos quando seus usos podem ser evitados. A dificuldade de se unificar um mesmo entendimento sobre espiritualidade ou religiosidade, ou as possibilidades que surgem quando se abrem as perguntas numa entrevista com o paciente, por exemplo, podem gerar no clínico mais receio do que inspiração em suas tomadas de decisão.

Apesar disso, a pesquisa também observou que, com o passar dos anos, o acúmulo de evidências científicas tem ajudado profissionais de saúde a construírem iniciativas que integram a perspectiva espiritual dos pacientes no atendimento clínico. Também tem se observado a formação de cursos especializantes para abordar o tema da espiritualidade em clínica, o surgimento de propostas de disciplinas para implementação dos currículos de medicina, a organização de congressos internacionais em que os profissionais e pesquisadores no assunto possam dividir seus achados e construir suas redes. Além disso, já existem iniciativas tanto públicas quanto privadas que se propõem a tocar a espiritualidade do paciente com fins terapêuticos no Brasil, e essas iniciativas têm trazido resultados animadores para seus promotores e pacientes. E tanto para esses pesquisadores, quanto para o corpo de saúde que se propõe a explorar os benefícios da espiritualidade, a Anamnese Espiritual se apresenta enquanto um protocolo imprescindível para organizar a maneira como as categorias de espiritualidade são percebidas e introduzidas na intervenção clínica.