



Hospitalidade

Abr-Jun 2026 N.352

Espiritualidade e cuidado integral

Perspetiva Especialista
Sílvia Caldeira

Da Espiritualidade
Norka Risso

SJD Global
Noviciado Europeu, Brescia

Índice

Abr-Jun 2026 N.352



Editorial	03
Notícias	04
Perspetiva Especialista	10
Comunidade Ação	14
Escutar e Auscultar	16
Jhovens com H	19
Família Hospitaleira	20
Arte e História	22
Da Espiritualidade	24
<i>Voluntas, voluntatis</i>	27
Inovação e Impacto	28
SJD Global	31
Tema de Capa	36
Arte e Artistas	41
A vida acontece	42
Saúde e Ciência	51
Ponto e vírgula	70
Contactos	71



Hospitalidade

Ficha Técnica

Diretor

Ir. Luiz Manuel Vieira da Silva

Coordenadora

Marisa Oliveira

Conselho Editorial

Diana Chaves
João Oliveira
Luís Durães
Margarida Cordo
Sónia André

Conselho Científico

Vitor Viegas Cotovio
Presidente

Aires Gameiro	Marco Esteves
Ana Bernardo	Margarida G. Neto
António Leuschner	Margarida Cordo
D. Manuel Clemente	Maria João Monteiro
Eduardo Lemos	Michel Renaud
Fernando Pinho	Nuno Lopes
Isabel Galriça Neto	Pacheco Palha
Isabel Sá Lucas	Paulo Braga
Isabel Varanda	Pedro Varandas
João Paulo Vidal	Rute Alves
Luís Daniel Fernandes	Susana Magalhães
Luís Filipe Fernandes	
Luís Sá e Melo	
Manuel Freitas	

Correspondentes Locais

Ana Sofia Gorgulho	Marco Pavão
André Pereira	Nuno Lopes
Ir. Elvis do Rosário	Rita Sousa
Lavinia Corte	Tânia Gil
Marco Esteves	

Propriedade

Provincia Portuguesa da Ordem
Hospitaleira de S. João de Deus
Contribuinte n.º 500 224 269

Edição e Sede de Redação

Instituto S. João de Deus
Rua São Tomás de Aquino, 20
1600 – 871 Lisboa
Tel.: 217 213 300
E-mail: comunicacao@isjd.pt
Contribuinte n.º 500 927 731

Redação

Marisa Oliveira

Revisão de Textos

Daniela Costa

Estatuto Editorial

Instruções aos Autores
www.isjd.pt

Imagem de Capa

Marisa Oliveira

Design Gráfico e Paginação

Typeworks – Design,
Comunicação e Marketing

Impressão

Grafisol – Rua das Maçarocas,
Business Center, Abrunheira,
2710-056 Sintra

Publicação Trimestral

2 750 Exemplares

Distribuição

Gratuita

Depósito legal: 86985/95

Registo E.R.C.: 104805

ISSN: 0871-0090



Versão digital
no QR code

A espiritualidade do cuidar

nosso patrono, São João de Deus, deixou-nos uma visão muito concreta e humana da espiritualidade. É uma espiritualidade que se vê nas mãos e nos gestos. Na maneira de estar, na disponibilidade para o outro, na capacidade de permanecer junto de quem sofre mesmo perante situações difíceis. Ele teve a noção de que há dores que não se cuidam com medicamentos, há feridas que precisam de presença, de escuta, de humanidade e que, por mais difícil que seja, por detrás da doença está sempre a pessoa.

Foi por tudo isto que a espiritualidade de São João de Deus nasceu, não longe da vida, mas no meio dela. No contacto com os pobres, com os doentes, com os esquecidos, com os sós, com os abandonados e com os rejeitados da sociedade.

São João de Deus nunca fez da espiritualidade uma fuga ao mundo, pelo contrário, entrou ainda mais dentro dele, das suas dores, das suas contradições, das suas misérias humanas e foi aí que encontrou Deus. Pois é aí que muitas vezes se encontra Deus, nesse lugar onde alguém decide parar e cuidar de outro ser humano com dignidade.

Há profissionais que tratam doenças e há pessoas que cuidam de pessoas e há gente capaz de olhar para as queixas, ignorando as dores. Parece que estou a repetir, mas não exatamente, é que não são a mesma coisa.

Cuidar de alguém implica olhar para aquilo que não aparece nos exames, nem nos diagnósticos, nem em relatórios clínicos. Implica olhar para os medos, para a solidão, para a angústia, para o desespero, para a sensação de abandono e para a perda de sentido.

Num tempo de evolução tão rápida, tão tecnológica e tantas vezes tão indiferente, faz falta gente capaz de parar sem olhar para o relógio, gente capaz de escutar sem pensar imediatamente no que vai responder, gente capaz de permanecer ao lado de alguém, mesmo quando o sofrimento incomoda ou não se consegue resolver.



Ir. Luiz Manuel
Vieira da Silva
Diretor

Dos valores hospitalares, um deles é a espiritualidade, que se traduz na assistência espiritual a todas as pessoas, de todas as religiões, com a certeza de que é uma componente essencial da vida humana e do cuidado e, por isso mesmo, se deve garantir que o cuidado espiritual seja acessível a todos, respeitando a diversidade de crenças e promovendo a unidade espiritual.

A espiritualidade de São João Deus esteve sempre na forma como olhava cada pessoa, incutindo a cada uma que, mesmo na doença, na solidão, na vulnerabilidade, na incompreensão, na solidão e noutras situações, mas é aqui, onde nos tornamos presença humana na vida uns dos outros e é aí que a espiritualidade começa. Que cada um encontre o seu caminho espiritual e, que se o fizer, seja sempre canalizado para o bem, para a harmonia e para a paz. “Se estás disposto a apostar numa sociedade que cuida de todos, procura a fonte da tua força interior, apoia-te nos outros e toma a decisão de te pôr a caminho.” Isabel Sanchez

Todos, ao nascer, somos alvo dos cuidados. Que ao entardecer da vida ninguém se sinta descuidado e tenha sempre alguém embebido da espiritualidade do cuidar e que se deixe cuidar, pois quem cuida precisa de ser cuidado. ■



O propósito

Depois de 25 anos no Instituto S. João de Deus, quem é o Nuno Lopes que assume agora a Direção-Geral?

Sou o mesmo Nuno Lopes, alguém que acredita profundamente na Hospitalidade e que sente que fazer a diferença na vida das pessoas é parte do seu propósito.

Estes 25 anos foram muito gratificantes e permitiram-me atravessar diferentes etapas de crescimento pessoal e profissional. O investimento que fiz na área da gestão deu-me ferramentas importantes, mas foi sobretudo a experiência no terreno, na coordenação de equipas, na gestão de Centros e na participação em grupos de trabalho da Cúria Geral, que me proporcionou uma visão muito real das dificuldades, dos desafios e também das oportunidades da Instituição.

Muda a função, mas não muda a pessoa. Quero continuar a exercer uma liderança próxima, comprometida e empática, capaz de promover o crescimento da organização e, sobretudo, das pessoas que mantêm viva esta missão.

Com que visão e prioridades assume esta nova responsabilidade?

A visão passa, antes de mais, por dar continuidade aos projetos em curso e consolidá-los, mantendo-nos simultaneamente atentos às novas necessidades e oportunidades. São João de Deus procurava estar onde era necessário estar, e esse deve continuar a ser o nosso caminho: permanecermos próximos das pessoas que mais precisam e encontrarmos novas formas de expandir a Hospitalidade.

Temos de cuidar das pessoas que nos procuram, mas

da Hospitalidade

também das pessoas que todos os dias tornam possível esta missão. **Isso exige atenção às necessidades dos colaboradores, responsabilidade e sustentabilidade.** A sustentabilidade não é apenas uma questão de gestão, é uma condição essencial para garantirmos a continuidade de uma missão com mais de quatro séculos.

Queremos também **consolidar o Instituto S. João de Deus como uma referência nacional nas áreas da saúde e social,** comunicar melhor o que fazemos e demonstrar o impacto real do nosso trabalho.

Que lugar ocupam os colaboradores e as equipas na construção deste futuro?

As pessoas são o cerne e o ADN da Hospitalidade. **Quando vivem este carisma de forma sincera, honesta e transparente, são São João de Deus hoje.** São elas que representam, no quotidiano, o que significa cuidar com Hospitalidade.

O nosso desafio é criar condições para que as pessoas se identifiquem com esta missão, se sintam valorizadas e encontrem nela a força e o sentido para continuarem a cuidar bem. **As equipas e os colaboradores são o grande capital do Instituto e a sua maior força de transformação.**

Que oportunidades identifica no caminho de aproximação entre as Províncias de Portugal e Espanha?

Quando estamos juntos, somos mais fortes. A aproximação entre as duas Províncias permite-nos partilhar conhecimentos, experiências e boas práticas, valorizando também as pessoas e criando oportunidades de crescimento.

Podemos desenvolver projetos de dimensão ibérica, reforçar a investigação, produzir conhecimento e melhorar os cuidados a partir da evidência e das práticas partilhadas. Existem também oportunidades de intercâmbio entre profissionais, através de experiências de observação, estágios e contacto com outras realidades.

Mais do que unir estruturas, este processo deve permitir-nos conhecer-nos melhor, aprender uns com os outros e viver o mesmo carisma de uma forma cada vez mais próxima.

Que mensagem gostaria de deixar à Família Hospitaleira?

Uma mensagem de tranquilidade, esperança, compromisso e honestidade.

Aos que cuidam, gostaria de pedir que se deixem tocar pela Hospitalidade e pelo carisma de São João de Deus. Quando nos deixamos tocar por este carisma, aquilo que fazemos todos os dias, mesmo nos momentos mais difíceis, ganha propósito e sentido.

Cada um de nós é um ator da Hospitalidade e um rosto de São João de Deus nos dias de hoje. Isso representa uma grande responsabilidade: fazer com que cada pessoa sinta verdadeiramente a diferença de ser cuidada com proximidade, humanidade e respeito.

Quero, também, agradecer às pessoas que nos procuram e que confiam em nós. Muitas vezes, entregam-nos algo tão importante como o seu projeto de vida. **Essa confiança é uma responsabilidade, mas é também um privilégio e uma oportunidade de continuarmos a fazer a diferença.** ■

Plataforma SOM Saúde Mental 360º chega a Portugal

A plataforma digital **SOM Saúde Mental 360º**, um projeto de educação e literacia em saúde que disponibiliza gratuitamente informação rigorosa, acessível e especializada sobre saúde mental e bem-estar emocional, já chegou a Portugal.

Criada por Centros da Província de Espanha, a plataforma passa agora a estar disponível em língua portuguesa, no âmbito de uma parceria através da qual o Instituto S. João de Deus e a Fundação S. João de Deus irão coliderar a sua implementação e desenvolvimento a nível nacional.

Dirigida à população em geral, a pessoas com experiência de doença mental, famílias, cuidadores, profissionais de saúde, profissionais das áreas social e educativa, associações e comunidades, a plataforma tem como principal objetivo contribuir para uma sociedade mais informada, preparada e consciente dos desafios relacionados com a saúde mental. O **SOM Saúde Mental 360º** reúne conteúdos sobre prevenção, promoção do bem-estar, deteção precoce, tratamento, recuperação, direitos, inclusão social e combate ao estigma.

Conselho Consultivo



O Conselho Consultivo do ISJD reuniu-se, nos dias 26 e 27 de maio, em Lisboa, num encontro que juntou a Direção do Instituto, Diretores dos Centros Assistenciais, Superiores das Comunidades de Irmãos, Diretores de Departamento e o novo Diretor Geral.

O encontro ficou também marcado por um momento de reconhecimento a Eduardo Lemos, que participou pela última vez no Conselho Consultivo na qualidade de Diretor do ISJD-Funchal.

XV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus

O XV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus aconteceu de 15 e 17 de abril, no Centro Ismaili, em Lisboa, reunindo profissionais de diferentes áreas da saúde mental em torno do tema “Saúde Mental e Pós-Modernidade: O Analógico e o Digital”.

Promovido pelo Instituto S. João de Deus e pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, o encontro afirmou-se como um espaço de reflexão científica, interdisciplinar e ética sobre os desafios que a transformação digital, a inteligência artificial e as mudanças sociais colocam à saúde mental e à prática do cuidado.

Ao longo de três dias, o programa integrou conferências, mesas-redondas, workshops, tertúlias e apresentações



científicas, abordando temas como tecnologia, ética, relação terapêutica, saúde mental ao longo do ciclo de vida, juventude, envelhecimento, demências, reabilitação, trabalho, autismo, espiritualidade e Hospitalidade.

Portugal e Espanha continuam a caminhar juntos em Hospitalidade



Nos dias 18 e 19 de junho, os Conselhos Provinciais de Portugal e Espanha reuniram-se em Madrid para dar continuidade ao caminho de aproximação e integração que as duas Províncias têm vindo a construir.

O encontro, que contou também com a participação dos diretores gerais das duas Províncias, constituiu um momento de trabalho, reflexão e diálogo em torno do futuro da missão da OHSJD em Portugal e Espanha.

Notas de Reconhecimento e Louvor

José Parra

Recordamos com reconhecimento e gratidão José Parra, antigo Diretor Clínico do Hospital Infantil S. João de Deus, em Montemor-o-Novo.

O seu percurso profissional ficou ligado à missão do Instituto S. João de Deus e ao cuidado prestado às crianças, deixando uma memória de dedicação, competência e serviço.

Ir. Messias Vaz

Recordamos com profundo reconhecimento e gratidão o Ir. Messias Vaz, falecido a 16 de maio, em Montemor-o-Novo.

Com 93 anos de idade e 75 anos de profissão religiosa, o Ir. Messias Vaz deixa-nos o testemunho de uma vida longa e fielmente dedicada à Ordem Hospitalreira de São João de Deus, marcada pelo serviço, pela consagração e pela vivência da Hospitalidade.

O seu percurso é motivo de louvor e ação de graças, pelo contributo que deu à missão hospitalreira e pelo exemplo de fidelidade, entrega e serviço aos outros.

“Cuidar é um verbo”

O Instituto S. João de Deus lançou, em parceria com o Observador, o videocast “Cuidar é um verbo”, dedicado aos cuidados paliativos e à forma como o cuidado se vive quando a pessoa permanece no centro de tudo.

Ao longo de quatro episódios, a série propõe uma reflexão sobre temas essenciais do acompanhamento em cuidados paliativos, como conversas difíceis, espiritualidade, conforto, dignidade, escuta, esperança e o cuidado com quem cuida.

A série “Cuidar é um verbo” está disponível no Observador e nas principais plataformas de podcast.



em agenda

28 agosto
Dia de Santo
Agostinho

3-6 setembro
Retiro Coral,
Barcelos

15-18 setembro
Escola de
Hospitalidade, Telhal

29 setembro
Dia de S. Miguel,
S. Gabriel e do
Arcanjo S. Rafael

As nossas novas equipas

ISJD-Telhal

Diretora: Ana Sequeira
Diretor Administrativo: Pedro Farinha
Diretor Clínico: Vítor Cotovio
Diretora de Enfermagem: Ana Cristina Duarte
Responsável PSA: Ir. Alberto Mendes
Superior da Comunidade: Ir. Alberto Mendes

ISJD-Barcelos

Diretor: Luís Daniel Fernandes
Diretor Adjunto: Marco Esteves
Diretor Administrativo: Luís Novo
Diretor Clínico: Luís Sá e Melo
Diretor de Enfermagem: Carlos Violante
Responsável PSA: Marisa Morgado
Superior da Comunidade: Ir. Irineu Gouveia

ISJD- Areias de Vilar/Gelfa/Melgaço

Diretor: Luís Daniel Fernandes
Diretor Adjunto: André Seixas Pereira
Diretor Administrativo: Luís Novo
Diretor Clínico: Luís Sá e Melo
Diretor de Enfermagem: João Paulo Gonçalves
Responsável PSA: Luísa Martins
Superior da Comunidade: Ir. Irineu Gouveia

Fundação S. João de Deus

Presidente: Luís Durães
Secretrário: Juan Uribe
Tesoureiro: Ernst-August Knoke

ISJD-Lisboa/Carnaxide

Diretor: Mário da Rocha Ávila
Diretora Adjunta e Administrativa: Patrícia Almeida
Diretora Clínica: Ana Bernardo
Diretora de Enfermagem: Gabriela Pereira
Responsável PSA: Ana Sofia Gorgulho
Superior da Comunidade: Ir. Luiz Vieira

ISJD-Montemor-o-Novo

Diretor: Mário da Rocha Ávila
Diretora Administrativa: Ana Pinto
Diretora Clínica: Isabel Lucas
Diretora de Enfermagem: Sandra Brito e Silva
Superior da Comunidade: Ir. Adelino Manteigas

ISJD-Angra do Heroísmo

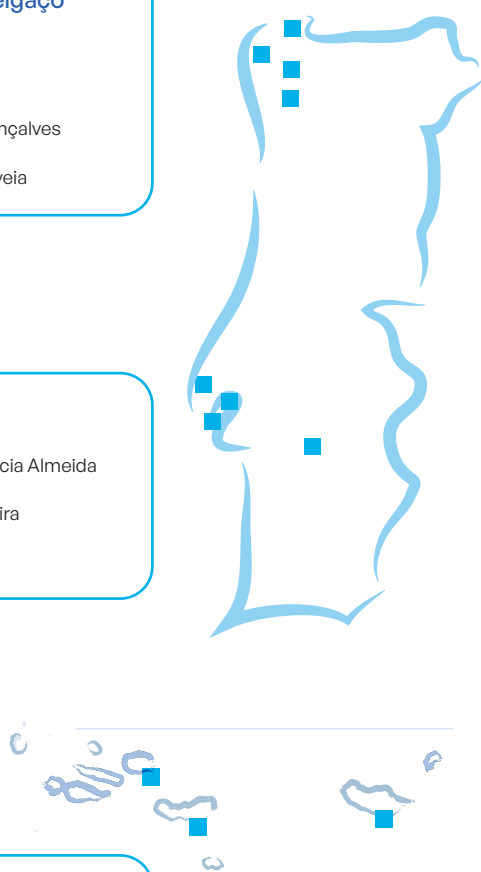
Diretor: Marco Pavão
Diretor Administrativo: Nuno Machado
Diretora Clínica: Rita Dinis Gomes
Diretor de Enfermagem: José Gomes
Responsável PSA: Mara Borba
Superior da Comunidade: Ir. Joaquim Ramos

ISJD-Funchal

Diretora: Lisete Nunes
Diretor Administrativo: Duarte Vieira
Diretor Clínico: Luís Filipe Fernandes
Diretor de Enfermagem: Manuel Freitas
Responsável PSA: Rute Freitas
Superior da Comunidade: Ir. José Augusto Louro

ISJD-Ponta Delgada

Diretor: Paulo Braga
Diretora Administrativa: Carla Chalin Pereira
Diretor Clínico: João Paulo Vidal
Diretor de Enfermagem: Paulo Dias
Responsável PSA: Ana Rita de Sousa
Superior da Comunidade: Ir. Joaquim Ramos





Lived
Inclusion
MARSEILLE CONFERENCE 2026



II Congresso Europeu de Inclusão Social

Save the Date

30 setembro – 1 de outubro, 2026

Rua Henri Barbusse 2, 13001 Marselha, França





Sílvia Caldeira *A atenção à espiritualidade é um imperativo ético*

Entrevista: Marisa Oliveira

Professora Associada na Universidade Católica Portuguesa, coordenadora do Doutoramento em Enfermagem, investigadora integrada no CIIS e coordenadora do grupo Spirit in Health.

Quando falamos de espiritualidade nos cuidados de saúde, do que estamos a falar?

Falar de espiritualidade nos cuidados de saúde é falar, acima de tudo, da condição humana. **A saúde é uma dimensão fulcral da vida das pessoas, quase sagrada, e é aqui que entra a espiritualidade: quando, por intermédio da saúde ou da falta dela, sentimos necessidade de pensar sobre o nosso sentido de vida, sobre quem amamos e quem nos ama, sobre a nossa finitude, sobre as nossas crenças e sobre aquilo a que recorremos para nos dar força.**

A espiritualidade é uma dimensão lata, onde cabe a questão religiosa e a não religiosa. Está relacionada com a pro-

cura de sentido para a vida e com as circunstâncias em que as pessoas vivem. É quase uma enzima que catalisa todo este processo pois é nos momentos de maior sofrimento, crise ou vulnerabilidade que somos confrontados com estas questões.

No dia a dia, temos a vida organizada com as pessoas que amamos, com as estruturas e os recursos que consideramos importantes para o nosso bem-estar. Mas, quando isso nos falha, surge o tal “puxar do tapete” e aparecem as questões espirituais. Há uma relação entre a pessoa que eu sou, as pessoas que estão à minha volta e, se sou crente, com a situação que estou a viver e um ser superior,

independentemente daquilo em que acredito.

Continuamos a falar de espiritualidade mesmo quando não somos crentes?

Essa é uma discussão muito interessante e, na literatura de saúde, coloca-se de uma forma muito clara. Inicialmente, este tema era efetivamente tratado numa vertente muito religiosa. Hoje, existe um entendimento mais alargado, que nos permite olhar para as pessoas como seres espirituais, sejam crentes ou não.

E então perguntamos como é que essas pessoas vivenciam a sua espiritualidade? Podem não acreditar em nada ou acreditar apenas naquilo que veem e sentem ou na Ciência. Mas têm pessoas que amam, têm sentido na sua vida, têm sentimentos. Preenchem a sua vida com um sentido que não tem necessariamente de partir de crenças religiosas.

O que está em causa é uma assistência que olha para a pessoa como um ser digno e não é apenas o corpo ou a doença que está a ser tratada.

Que outros preconceitos ainda dificultam a atenção à espiritualidade?

Para além desse (confundir espiritualidade apenas com religião), outro preconceito é pensar que estas questões acontecem apenas no fim de vida ou em cuidados paliativos.

Depois, há o medo dos profissionais de saúde de tratarem questões muito íntimas. É uma temática que apela a uma relação pré-existente, sob pena de ficar vazia ou ser até desrespeitadora. Não falamos das nossas crenças, dos nossos medos ou da nossa vida com quem não temos uma relação de confiança. Esta é uma dimensão que exige relação.

Há também a questão do tempo. Sabemos que os rácios entre profissionais de saúde e doentes são muito desequilibrados e que, para estabelecermos relação, tem de existir disponibilidade. E essa disponibilidade requer tempo.

Mas o desafio é compreender que o tempo pode tornar-se significativo. O tempo não é só cronológico, pode ser um tempo Káios: um tempo significativo.

Por fim, há a questão da formação. Temos estudos que mostram que, na formação dos profissionais de saúde, não

existe uma preparação sistematizada para a atenção à espiritualidade. Por um lado, dizemos que é uma dimensão essencial, por outro, não preparamos as pessoas de forma sistemática.

No seu percurso académico, tem trabalhado a angústia espiritual enquanto diagnóstico de enfermagem. Como se interessou por esta área?

O meu interesse por esta área começou enquanto estudante de enfermagem. Na altura, perguntaram-nos que tema queríamos investigar. Enquanto finalista de enfermagem, eu tinha sentido, nos meus estágios, que havia algum tipo de necessidade dos doentes que não era atendida de forma sistematizada, registada ou falada. Era o elefante na sala. E, por outro lado, a minha escola, apesar de ser católica e de ser uma excelente escola, também tinha tratado o tema como um pequeno tema lateral.

Eu perguntava-me: se uma escola está a formar enfermeiros para cuidarem das pessoas na sua integralidade, física, mental, social e espiritual, onde está a preparação para o espiritual? Onde está a atenção espiritual na prática, quando eu via doentes com essas necessidades, pelos terços nas mesas de cabeceira, pelos pedidos para rezar, para ir à mis-

*Um imperativo ético
é fazer acontecer aquilo
que deve acontecer para
proteger a dignidade
das pessoas, sejam
elas quem forem e seja
qual for a sua condição
humana*

sa, para serem acompanhados?

Comecei por estudar como os enfermeiros entendiam estas questões. Todos achavam importante, todos achavam interessante, mas não tinham preparação nem encontravam tempo. Isto foi há cerca de 25 anos. Depois o percurso continuou no mestrado e no doutoramento, sempre com esta pergunta: **como posso ensinar e ajudar os enfermeiros a diagnosticar quando uma pessoa está em angústia espiritual?**

Um enfermeiro entra numa enfermaria e consegue perceber risco de hipoglicemia, risco de queda, infeção. Se o cuidado é físico, mental e espiritual, como se diagnostica a angústia espiritual? Que indicadores é que a pessoa pode dar para o enfermeiro dizer: “Esta pessoa está em angústia espiritual”? Foi aí que fiz o doutoramento.

E o que é, então, a angústia espiritual?

Há uma classificação de diagnósticos de enfermagem, a NANDA Internacional, que desde 1978 inclui o diagnóstico de angústia espiritual, mas com um nível de evidência muito baixo. Ou seja, foi considerado, mas raramente estudado. Peguei nesse diagnóstico, aprofundei-o a partir da literatura e fui validá-lo.

Foram quase 300 doentes que escutei através de formulário. Foi muito interessante e muito duro. Quase todos agradeceram: “Obrigada por ter falado comigo sobre isto”.

Através da estatística e do uso de escalas, percebemos que podemos dizer, com uma certeza de 98%, que uma pessoa está em angústia espiritual quando nos diz que está em sofrimento e que não tem sentido para a vida. Diria que são estas duas coisas: sofrimento e ausência de sentido.

A espiritualidade é o sentido da vida. Quando a pessoa sofre e sente que não tem qualquer sentido para a vida, é como um balão vazio: o balão existe para estar cheio de ar, mas está vazio. Isto é muito duro.

Há outros indicadores, como não dormir bem ou a falta de esperança, que nos devem deixar alerta. Mas sofrimento, por si só, não é angústia espiritual. Muitas pessoas sofrem e continuam a ter sentido; gerem esse sofrimento. A angústia espiritual acontece quando estes dois elementos se juntam: sofrimento e falta de sentido.

A espiritualidade no cuidado pode ser entendida como um imperativo ético?

Sim, é um imperativo ético. Eu costumo dizer: temos hospitalais amigos dos bebés, que promovem o aleitamento materno. Então, temos de ter hospitalais amigos das pessoas e da sua dignidade.

Um imperativo ético é fazer acontecer aquilo que deve acontecer para proteger a dignidade das pessoas, sejam elas quem forem e seja qual for a sua condição humana. Se entendo que um cuidado humano implica não só tirar a dor à pessoa, tratar a sua doença física e proporcionar-lhe conforto físico – que é essencial, porque ninguém consegue pensar noutras coisas se estiver com dores – então também tenho de atender ao seu sofrimento.

Se uma pessoa tem um sofrimento atroz, tenho de perguntar: é dor? É desconforto? É angústia porque vai ser avó daqui a um mês e está prestes a morrer sem conhecer o neto? O que é que se passa aqui? Talvez a resposta não seja chamar o padre. Talvez seja chamar o médico, fazer uma ecografia e permitir que veja o neto na barriga da filha. Isso também se faz. É tratar as pessoas.

Se a pessoa é o centro e se o respeito pela sua dignidade no tratamento da sua saúde é essencial, então eu não posso não considerar a sua espiritualidade, porque é isso que a caracteriza. São as suas crenças, os seus valores. Tirando isso, somos todos corpos. O que nos faz ser pessoa é esta individualidade. E o que nos dá individualidade não é só a cor dos olhos ou do cabelo; é quem somos, quem amamos, quem nos ama, quais são as nossas redes de conexão, em que acreditamos, o que queremos da nossa vida, como tratamos os outros, como cultivamos a nossa criatividade. É isso que faz de nós pessoas.

Que riscos existem quando os profissionais ignoram ou abordam de forma inadequada esta dimensão?

Uma pessoa que está num contexto de saúde, seja por promoção, tratamento ou reabilitação, espera ser tratada com respeito e dignidade. Espera melhorar a sua saúde, não adoecer ou recuperar.

A literatura diz-nos que as pessoas esperam ser respeita-

*Uma pessoa que está
num contexto de saúde,
seja por promoção,
tratamento ou
reabilitação, espera ser
tratada com respeito
e dignidade. Espera
melhorar a sua saúde,
não adoecer
ou recuperar*

das nas suas crenças e nos seus valores. Hoje, isso é ainda mais importante, porque as pessoas estão mais informadas. A informação está à distância de um clique. As pessoas gostam de ser ouvidas, já não aceitam passivamente aquilo que os profissionais lhes dizem. Questionam mais, e bem. Precisam de ser informadas e esclarecidas para tomarem decisões.

O maior risco é as pessoas sentirem que não estão a ser cuidadas ou tratadas como pessoas, na sua individualidade. Sentirem que é tudo igual para todos, que “aqui é assim”. Isso é o pior que pode acontecer: não haver um tratamento humano e individual.

Além disso, perde-se a oportunidade de criar uma relação mais significativa com os doentes. **Relações significativas permitem-nos ter informação que pode ser relevante para a saúde e para o processo de tratamento.**

Os riscos, com base na literatura e na investigação, passam por menor confiança nos profissionais, menor perceção de respeito pela dignidade e menos serenidade e paz, particularmente em fim de vida. São fatores que aumentam o desconforto, a ansiedade e a angústia desnecessariamente. E tudo isso perturba o bem-estar global que desejamos que as pessoas tenham, também por intermédio da confiança nos profissionais de saúde.

O que significa formar profissionais para prestar cuidado espiritual sem os transformar todos em assistentes espirituais?

Essa é uma pergunta muito desafiante. O assistente espiritual não tem necessariamente de ser um profissional de saúde. Pode ser alguém que faz formação específica e que voluntariamente quer dedicar-se a essa função. Temos assistentes espirituais que não são médicos nem enfermeiros. Mas eu também não quero que o enfermeiro, o médico ou o psicólogo sejam assistentes espirituais. Ao mesmo tempo, não quero que esta equipa de saúde, perante um doente e no decurso da sua relação com ele, diga: “isto parece-me espiritual, vamos esperar que chegue o assistente espiritual e que tome conta disso”. Não é assim que as coisas funcionam.

O assistente espiritual é uma figura importante para manter esta atenção à espiritualidade e como suporte da equipa.

Mas a equipa de saúde, durante a sua intervenção, numa consulta, num tratamento, num banho, numa visita médica, num exame complementar de diagnóstico, pode estar com a pessoa quando ela expressa sofrimento, falta de sentido na vida, desesperança, vontade de rezar, revolta: “Porque é que Deus me fez isto? O que é que se passa comigo?”. E não pode fechar os olhos e fingir que aquilo não está a acontecer. Não é incompatível; é complementar. **Os profissionais de saúde têm de ter preparação completa, e esse completo implica a atenção espiritual. Caso contrário, estamos todos a mentir uns aos outros quando dizemos que formamos profissionais para um cuidado holístico e integral.**

Os profissionais de saúde têm um papel quase de triagem e de intervenção. Vão ser confrontados com estas questões. Penso, por exemplo, nos enfermeiros que acompanham as pessoas durante a noite. A noite é muitas vezes o momento espiritual: há silêncio, há sons próprios do hospital, há momentos em que a pessoa fica mais entregue a si mesma. É aí que estas questões surgem.

O assistente espiritual traz disponibilidade e especificidade, que a equipa muitas vezes pode não ter. Mas não deve ser visto como alguém que tapa buracos. É um complemento extraordinário. Não substitui os profissionais de saúde, e os profissionais de saúde também não o substituem. Complementam-se. ■



Artista: Sandra Silva | Fundação S. João de Deus

O Cuidado Integral como Reflexo da Hospitalidade: *Espiritualidade Viva no Quotidiano da Fundação S. João de Deus*

A evolução do conceito de saúde tem-nos conduzido a uma visão mais abrangente do ser humano. Longe de se limitar à ausência de doença, o bem-estar resulta do equilíbrio entre as dimensões física, psicológica, social e espiritual. Na Fundação S. João de Deus, onde centramos a nossa ação social em projetos de envelhecimento ativo e saúde mental, esta perspetiva não é apenas teórica – é o alicerce da nossa intervenção.

Ao abordarmos o tema “Espiritualidade e Cuidado Integral”, importa clarificar que a espiritualidade transcende a vivência religiosa. Na FSJD, não contamos com a presença diária de assistentes espirituais, o que nos desafia a encarnar, enquanto colaboradores, o carisma da Hospitalidade. **A espiritualidade concretiza-se na qualidade da presença, na escuta ativa, no respeito pela dignidade do outro e na capacidade de promover sentido, esperança e pertença.**

Uma Realidade que nos Interpela

De acordo com os dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística, em 2024, 24,3% da população residente em Portugal tinha 65 ou mais anos – uma realidade demográfica que contrasta com os 9,7% registados em 1970 e que, segundo as projeções oficiais, poderá atingir os 37,3% em 2100. O índice de envelhecimento no nosso país ascende já a 192,4 idosos por cada 100 jovens, colocando Portugal como um dos países mais envelhecidos da União Europeia. Por sua vez, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge estima que mais de 2,5 milhões de portugueses integram atualmente este escalão etário sénior, representando um quarto da população total do país.

Este cenário associa-se a fragilidades sociais: **mais de um milhão de portugueses vive sozinho, sendo a maioria idosos, colocando o país entre os mais envelhecidos da União**

Europeia. Em Lisboa, cerca de 38.894 pessoas com 65 ou mais anos vivem sozinhas, representando aproximadamente 24% da população idosa da cidade, o que evidencia o isolamento como traço estrutural do envelhecimento urbano. Na Área Metropolitana de Lisboa, quase metade desta população encontra-se em risco acrescido de solidão. Acresce que 55,8% dos idosos refere limitações nas atividades diárias por problemas de saúde prolongados e a taxa de pobreza atingiu 21,1%.

O impacto da Espiritualidade

É neste contexto nacional e local que a integração planeada da dimensão espiritual no modelo de cuidados ganha todo o seu sentido. Segundo a OMS, cerca de 20% das pessoas com mais de 55 anos experienciam algum tipo de perturbação de saúde mental, sendo a depressão tardia e a ansiedade clinicamente diagnosticadas as patologias mais prevalentes. A literatura científica recente confirma que a solidão percebida e a ausência de redes de suporte constituem os principais fatores de risco para o agravamento destas condições.

A evidência científica demonstra que a espiritualidade atua como fator de proteção, associando-se a menor ansiedade e depressão, maior resiliência e melhor qualidade de vida. Práticas que promovem conexão – interior, relacional ou comunitária – contribuem também para o equilíbrio emocional e a proteção cognitiva. O cuidado integral revela, assim, uma eficácia que ultrapassa a abordagem exclusivamente biomédica.

Viver a espiritualidade na prática da Fundação S. João de Deus

Na Fundação S. João de Deus, esta espiritualidade laica e hospitaleira concretiza-se em três dimensões:

- **Acolhimento:** Receber cada pessoa na sua singularidade, validando as suas emoções e promovendo a segurança relacional. Num contexto de isolamento crescente, o encontro humano genuíno torna-se terapêutico.
- **Sentido de vida:** Promover e desenhar atividades que desenvolvam o propósito através da partilha, criatividade e parti-



cipação comunitária, reforçando a identidade, a autonomia e a dignidade do indivíduo.

- **Humanização:** Na ausência de figuras cléricais nos espaços, cada técnico e colaborador da FSJD assume-se como um verdadeiro agente de Hospitalidade, cuidando com empatia, escuta e respeito.

Conclusão

Cuidar de forma integral é ter a ousadia e a lucidez de reconhecer que o sofrimento psíquico ou a fragilidade inerente ao avançar da idade não anulam o direito à felicidade de cada indivíduo. **Cuidar integralmente é reconhecer que, mesmo na fragilidade, a pessoa mantém a sua dignidade e necessidade de sentido.** Os dados da investigação científica confirmam o que o carisma da Hospitalidade sempre intuiu: a dimensão espiritual não é um complemento opcional – é uma condição estruturante do bem-estar humano – especialmente num país marcado pelo envelhecimento.

Na FSJD, provamos todos os dias que a espiritualidade não depende de rituais formais, mas sim da nossa capacidade técnica e afetiva de humanizar o encontro com o outro. Ao transformarmos cada atividade num espaço de conexão, respeito mútuo e amor ao próximo, mantemos vivo, dinâmico e atual o legado de São João de Deus, assegurando que a Hospitalidade continua a ser, em pleno século XXI, o remédio mais eficaz e transformador para as dores da alma humana. ■



Tiago Casaleiro

Quando cuidamos, somos pessoas que cuidam de pessoas

Entrevista e Fotografia: Marisa Oliveira

Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem
São Francisco das Misericórdias – Grupo Autónoma;
Investigador colaborador no Centro Interdisciplinar
de Investigação em Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

O seu percurso cruza enfermagem, saúde mental, estudos da religião e espiritualidade. Como é que estas áreas se encontram na sua vida profissional?

Estes temas vêm todos da minha vida. Esse é um aspeto que não devemos esquecer: apesar de desempenharmos diferentes papéis na sociedade, as nossas vidas vão-se cruzando. Há elementos que vêm dos questionamentos da minha vida pessoal e que sempre se cruzaram com o meu papel profissional.

Sempre me interessou a questão dos cuidados à pessoa com doença mental e também às pessoas com deficiência intelectual. Foram os primeiros contactos que tive na área da enfermagem e levaram-me a uma reflexão profunda sobre o que é ser humano e sobre as várias

dimensões da pessoa. Estudei não só as questões da espiritualidade, mas também da sexualidade e da afetividade, por exemplo, nas pessoas com deficiência. Tudo isso se foi moldando ao longo do meu percurso profissional.

Comecei, como enfermeiro, no ISJD-Telhall, numa unidade onde existia uma população muito diversa: pessoas com doença mental grave e pessoas com deficiência intelectual. Aí juntou-se este interesse por refletir sobre a pessoa como um todo, incluindo a espiritualidade. Será que a espiritualidade é vivida de forma diferente? Como é que está presente na vida destas pessoas?

A espiritualidade foi surgindo na minha vida e entrou na minha prática de cuidados. Trouxe esta atenção à pessoa como um todo, nas suas diferentes dimensões.

Como é que a dimensão espiritual pode ser integrada nos cuidados de saúde?

Quando falamos de implementar o cuidado espiritual ou de prestar atenção à espiritualidade, muitos enfermeiros dizem: “eu não tenho tempo na minha prática clínica para o fazer”. **O convite que fazemos é refletir sobre o modo como entendemos essa atenção.** Se a espiritualidade for vista como mais uma coisa a fazer, é natural que se diga que não há tempo.

Talvez possamos pensar de outra forma: a espiritualidade pode estar na forma como prestamos cuidados. Posso não ter tempo para uma conversa profunda todos os dias com aquela pessoa, mas no toque, no olhar, na forma como estou com ela, posso manifestar um profundo respeito por quem ela é, para além de todas as condições que vive naquele momento.

A sua investigação centra-se no *coping* espiritual. Pode explicar-nos o conceito?

O *coping* é a forma como nós, enquanto seres humanos, lidamos com um acontecimento stressante, com algo que provoca uma alteração ao sistema. **O *coping* espiritual diz respeito às formas como a espiritualidade nos ajuda a lidar com aquilo que nos acontece.** Algumas pessoas utilizam estratégias muito concretas, como práticas espirituais ou religiosas: a oração, a meditação, a prática da generosidade. São estratégias que nos podem ajudar a enfrentar os desafios que surgem na nossa vida.

Na minha investigação, olhámos concretamente para a forma como familiares cuidadores utilizavam a espiritualidade para cuidarem melhor do seu familiar. Foi, também, uma forma de olhar para o cuidador enquanto sujeito de cuidados, alguém que pode e deve ser acompanhado pelos enfermeiros e pelos profissionais de saúde.

Estes cuidadores têm necessidades espirituais, necessidade de se sentirem em paz, de estarem em contacto consigo próprios, com o outro, com o divino, com Deus, com a natureza ou com um ser superior. Estas estratégias de *coping* espiritual podem contribuir para um maior bem-estar. Foi isso que observámos num pequeno grupo e que queremos continuar a estudar noutros contextos.

A espiritualidade é, também, um recurso

para as pessoas com doença mental?

Os estudos têm mostrado que sim. As próprias pessoas referem-na como uma fonte de força e de apoio.

Curiosamente, também dizem que é um recurso poucas vezes mobilizado pelas equipas de saúde. Existe um estigma em falar sobre este tema, muitas vezes associado a uma certa ideia de cientificidade, como se os cuidados de saúde baseados na evidência não pudessem integrar a espiritualidade. As pessoas sentem que, quando falam da sua espiritualidade, esse aspeto é esquecido ou que os profissionais não se sentem à vontade para abordar o tema.

O que a literatura nos tem dito é que há um pedido para que esta dimensão seja falada e integrada. **Muitas pessoas sentem que parte da sua força vem das suas práticas espirituais e das suas crenças.** Quando isso é esquecido ou colocado de lado, sentem que uma parte de si fica esquecida. Por isso, podem sentir vergonha em falar sobre isso.

Que papel pode ter a espiritualidade para quem cuida de uma pessoa com doença mental grave?

Podemos olhar para esta questão de duas perspetivas. No caso dos familiares, a espiritualidade pode ser vivida de forma interna, mas também coletiva. Quando as pessoas se juntam em pequenos grupos religiosos ou de afinidade espiritual, podem encontrar apoio, compreensão e ligação. Muitas pessoas que cuidam de alguém com doença mental, deficiência intelectual ou outro tipo de deficiência sentem-se colocadas à parte. Como se os outros pensassem: “já estás a passar por muita coisa”. E acabam por ficar mais isoladas. Por isso, pedem conexão com outros. Quando partilham um grupo de crenças, uma afinidade espiritual ou religiosa, essa partilha ajuda-as muito.

A outra perspetiva é a dos profissionais. **Há vários estudos sobre a espiritualidade dos próprios profissionais de saúde e sobre a forma como ela influencia o seu bem-estar.** A literatura tem mostrado que profissionais com melhores níveis de bem-estar espiritual tendem a apresentar melhores níveis de saúde mental e de bem-estar global, além de sentirem, também, maior satisfação com os cuidados que prestam.

Isso significa que os profissionais precisam de

olhar também para a sua própria espiritualidade?

O desafio que deixo e que sempre deixei a mim próprio e aos meus colegas é este: não podemos olhar para a espiritualidade do outro sem olharmos para a nossa própria espiritualidade. Essa parece ser uma das barreiras.

Mas o convite é refletir o que é a espiritualidade para mim? Como a integro na minha vida? Quando as pessoas começam a refletir sobre isto, mais facilmente reconhecem essa realidade no outro.

Por vezes, o tabu em falar da espiritualidade do outro é também um tabu em falar da nossa própria espiritualidade. Vivemos numa sociedade em processo de secularização, em que muitas dimensões religiosas do passado foram diminuindo, mas continua a existir alguma dificuldade em falar da espiritualidade dos profissionais de saúde, sobretudo porque há uma grande ligação da espiritualidade à religião.

Esta associação entre espiritualidade e religião ainda cria resistência nos profissionais de saúde?

Cria sim. Porque parece haver uma contradição entre religião e ciência, mas essa contradição é falsa. Quando falamos de espiritualidade, falamos num sentido mais amplo.

A religião pode ser uma vivência da espiritualidade, mas nem todas as pessoas precisam de uma religião para desenvolverem a sua espiritualidade.

Quando temos esta noção mais aberta, conseguimos olhar para os outros e perceber que cada pessoa tem a sua forma de expressar a espiritualidade, as suas necessidades e as suas estratégias.

A dimensão espiritual deve ser uma área especializada ou uma competência transversal?

Os cuidados de saúde estão cada vez mais especializados, mas talvez a espiritualidade não deva ser vista apenas como uma especialização. Deve ser transversal. Seria importante que todas as equipas pudessem ter este domínio, desde os assistentes operacionais, que têm contacto diário e prolongado com as pessoas, até aos enfermeiros, médicos, psicólogos e outros profissionais.

Se todos pudessem ter esta lente, a consciência de integrar esta dimensão no nosso olhar, o cuidado tornar-se-ia mais integral e holístico.

Que competências são essenciais para um profissional abordar esta dimensão?

As professoras Sílvia Caldeira e Fiona Timmins trabalharam a espiritualidade a partir do modelo ABCDE, que ajuda a olhar para competências fundamentais.

O A aponta para a Avaliação das necessidades espirituais da pessoa, considerando dimensões como o bem-estar, o coping ou o sofrimento espiritual. O B, de Being, centra-se no profissional e na forma como este se apresenta no cuidado: se está íntegro, cuidado e disponível para cuidar. O C corresponde à Colaboração entre profissionais, promovendo uma leitura conjunta e integrada da pessoa. O D diz respeito ao Diagnóstico, permitindo identificar indicadores relacionados com sofrimento, potencial ou coping espiritual. Por fim, o E remete para a Ética, lembrando que é essencial reconhecer a espiritualidade do outro sem impor a nossa. Este modelo foi trabalhado no guia orientador de boas práticas para a intervenção espiritual, desenvolvido por vários autores do nosso grupo de investigação, que propõe estratégias para que os enfermeiros, nos vários contextos de prática, possam implementar o cuidado espiritual com base na ciência, na investigação e numa visão integral da pessoa.

Que lugar tem a espiritualidade num cuidado verdadeiramente humanizado e integral?

A minha perspetiva é que esse lugar é central. A espiritualidade surge como um elemento agregador, como uma cola que junta todos os outros elementos. Podemos cuidar das várias dimensões da pessoa, mas a espiritualidade ajuda-nos a integrá-las.

Por vezes, é difícil colocar em palavras o que é verdadeiramente a espiritualidade e como se manifesta. Mas há expressões muito concretas, como estar com o outro, promover a esperança, acompanhar nos desafios, ajudar a pessoa a mobilizar o *coping* espiritual e a encontrar formas de lidar com aquilo que vive.

Ao mesmo tempo, há uma dimensão que diz respeito à forma como cada profissional está e vive o seu próprio cuidado. O trabalho é uma das dimensões da nossa vida. **Poder estar nesse trabalho de forma íntegra, consciente e também integral é parte do cuidado que prestamos. ■**

A Hospitalidade começa com um sorriso

Artigo: Ana Margarida, JH 04

Sou Jovem Hospitaleira desde o verão de 2025, o que por esta altura deve estar a completar um ano.

O meu primeiro contacto com a JH foi em 2024 com os escuteiros no Instituto S. João de Deus – Areias de Vilar. Foi uma atividade muito divertida e interessante. **Conseguí conhecer pessoas novas, rir muito com os utentes e principalmente perceber que as nossas realidades não são todas iguais e que às vezes precisamos de pensar um pouco no próximo.**

Em 2025, voltei a participar com a catequese, desta vez o ISJD-Barcelos. Nessa atividade, conheci ainda mais jovens hospitaleiros e fiz atividades que nunca tinha feito com os utentes. Tive a oportunidade de falar com um grupo de utentes que me contou um pouco da sua história.

Ainda nesse ano, juntamente com dois amigos da catequese, decidimos participar no campo de férias do ISJD–Areias de Vilar e posso admitir: **foi uma das melhores semanas de férias que já tive e foi determinante para que eu tomasse a decisão de me tornar Jovem Hospitaleira.**

No fim do campo de férias, inscrevi-me oficialmente e, a partir desse momento, passei a participar em mais atividades.

Muita gente pode pensar que a JH é apenas um movimento de voluntariado, mas eu percebi que não. A partir da JH, eu fiz novos amigos, conheci novas pessoas, percebi novas realidades e principalmente **descobri o que é fazer a diferença na vida de alguém.**

A JH é, pelo menos para mim, um incentivo para ajudar o próximo. **Nada supera o sentimento de ter ajudado alguém; ouvir um “obrigado por estares aqui hoje”; o abraço que recebemos quando chegamos às unidades, o sor-**



riso que nos dão quando estão contentes ou o desenho que fizeram para nos entregar.

Todo o esforço que fazemos, deixar o nosso conforto de casa e as outras coisas que gostamos de fazer para trás, é totalmente compensado quando alguém da Casa de Saúde espera ansiosamente por nós, para estar connosco, acabando por tornar o nosso dia melhor.

Ser JH é muito mais do que ser voluntário, é fazer o que fazemos por querermos ver alguém sorrir. Porque queremos ver alguém bem e principalmente porque queremos fazer a diferença na sua vida.

Eu gosto de ser JH e aconselho todos os jovens a experimentarem sê-lo, nem que seja só por um ano. ■

Basta uma pessoa

Entrevista e Fotografia: Marisa Oliveira



Ir. Jakobus Janci

Mestre de Noviços
Noviciado Europeu - Brescia

Como se organiza o percurso formativo dos Noviços?

Depois de um período prévio de discernimento, os Noviços permanecem aqui durante dois anos e preparam-se, antes de tudo, para serem religiosos. No primeiro ano, é fundamental que a pessoa entre em si própria e se conheça de forma mais profunda. Este processo permite um encontro com uma base interior que os permite avançar. No segundo ano, o Noviciado aproxima-se mais do carisma específico de São João de Deus. Os jovens que se aproximam da profissão religiosa não perderam a sua identidade, mas transformam a sua forma de estar. Tornam-se mais livres para falar, agir e assumir responsabilidades. **Para mim, essa é a parte mais bonita do trabalho de Mestre: ver que um jovem consegue criar, relacionar-se e servir a partir de dentro.**

A Hospitalidade deve existir dentro da pessoa ou pode ser aprendida?

Algumas pessoas parecem trazer consigo um “gene da Hospitalidade”, veem espontaneamente a necessidade do outro antes de ele a expressar. Outros aprendem-na ao longo da vida. Quando explico a Hospitalidade aos jovens, digo: **“Começa por ser uma pessoa boa.”**

Porque é que o mundo precisa dos Irmãos de S. João de Deus?

Creio que o mundo precisa dos Irmãos porque podemos ajudar a criar lugares seguros onde a pessoa pode ser aquilo que é, inclusive na doença, na fragilidade e diante da morte. Nem sempre conseguimos resolver, mas podemos permanecer. Nos cuidados paliativos, uma pessoa pode perguntar: “Porque tenho de morrer?” E eu posso dizer: “Não sei,



mas fico contigo.” Isso é precioso, porque significa: “Não estás sozinho.”

Num tempo em que existem poucos Irmãos na Europa, o número reduzido de vocações é preocupante?

Hoje existem, de facto, poucos Irmãos na Europa. Seria importante que mais jovens conhecessem a vida dos Irmãos. Contudo, o número não é tudo. Para criar alguma coisa nova, por vezes basta uma pessoa.

São João de Deus desenvolveu a sua obra pública durante poucos anos, mas toda a vida anterior foi preparação para esses anos. Uma pessoa pode fazer a diferença. A pergunta não é apenas “quantos somos?”, mas “o que fazemos com a vida que recebemos?”

A Ordem não nasceu para ficar fechada numa cama confortável ou num convento. Nasceu na rua, junto de pessoas que necessitavam de ajuda. A nossa vida pode parecer diferente da vida do Fundador, mas em cada manhã e em cada noite devemos perguntar se o dia foi preenchido por coisas boas e se permanecemos livres para servir. ■



Testemunhos

Noviciado Europeu



Ir. Vítor Lameiras Vice-mestre de Noviços

Formar é, sobretudo, acompanhar e caminhar ao lado do outro, conhecê-lo e ajudá-lo a abrir-se a novas perspetivas. No Noviciado, vemos a passagem de um eu mais individual para um eu mais solidário e comunitário. Mais do que falar de Hospitalidade, importa vivê-la, com alegria, nas comunidades e no encontro com cada pessoa.



Till Pfandl Noviço

Nos Irmãos de S. João de Deus encontrei liberdade e autenticidade. Para viver a Hospitalidade é preciso ser livre interiormente e abrir-se aos outros. Esta é a minha vida e uma das coisas mais bonitas que poderia ter escolhido. Encontrei aqui o meu lugar, descobri o meu valor e a possibilidade de o colocar ao serviço dos outros.



David Vieira Noviço

Para mim, a Hospitalidade é, acima de tudo, ter um coração aberto: receber, tratar bem e procurar sempre fazer o bem, mesmo quando tudo parece cair à nossa volta. O Noviciado ensinou-me também que as diferenças culturais, embora nos desafiem, enriquecem a comunidade e ajudam-nos a compreender melhor os outros.



Orivaldo Neves Noviço

O cuidado não tem um rosto: tem uma pessoa. Foi isso que a Hospitalidade me ensinou, a olhar para cada um com a mesma dignidade, sem julgar a sua história. Para mim, ser Família Hospitaleira é ter um coração capaz de acolher, abrir a porta a quem chega e transformar a presença num gesto concreto de cuidado.



Henrique Nunes, o *Escultor da Fé*

Artigo: João Castela Oliveira | Museu S. João de Deus

O olhar atento e as mãos expressivas de Henrique Nunes transformaram o traço do lápis e a pasta bruta do barro em figuras de extrema beleza, graciosidade e plenas de espiritualidade.

A arte refletia a beleza da sua alma. Era uma pessoa sensível, com um grande dom criativo, inteligente e com sentido de humor, um amigo genuíno, com uma vivência profunda de fé cristã que partilhava com os outros e que o ajudava a superar a fragilidade e a dor da doença mental.

Nos finais da década de 1990, interrompeu o Curso Superior de Medicina e passou a frequentar o Atelier do Mestre Soares Branco, onde produziu belíssimas esculturas que se revelavam na suavidade e delicadeza do olhar, do sorriso e do gesto, mas também do corpo abandonado ao sofrimento das figuras sacras, intemporais, moldadas com fé e barro. Nas últimas décadas, Henrique Nunes continuou a desenhar com a mesma delicadeza de traço, frequentando a Área de Dia e o Estúdio de Arte do ISJD-Telhal

A sua Obra, por ele doada para honra, louvor e amor a Deus, à Província Portuguesa da OHSJD, é um legado de grande diversidade temática, como presépios, Sagradas Famílias, Nossa Senhora do Ó, Santo António, arcanjo S. Miguel, entre outros. Nestas, destaca-se a escultura de São João de Deus, intitulada o Português do Céu que recebeu, em 1998, o Prémio de Escultura do



«V Centenário do Nascimento de S. João de Deus».

Em 2019, o Museu S. João de Deus recebeu o espólio artístico de Henrique Nunes. Dada a reconhecida qualidade da Obra, promoveu-se uma exposição em sua homenagem, a primeira e única da sua vida, intitulada: O Meu Diálogo com Deus, patente ao público de 27 de maio a 21 de junho. Uma iniciativa que o deixou muito reconhecido e feliz.

No passado dia 28 de maio, faleceu no ISJD-Telhal, deixando-nos um inestimável legado humano e artístico.

Hoje, a escultura *São João de Deus, o Português do Céu* encontra-se em destaque na entrada do Museu e o espólio deste artista será sempre valorizado e divulgado ao público em futuras atividades e exposições do Museu. ■



Ir. Manuel Melo de Braga

1905-1993



Nasceu a 11.09.1905, na tranquila freguesia de Nossa Senhora do Bom Despacho, concelho de Vila do Porto, distrito de Ponta Delgada e diocese de Angra do Heroísmo. Cresceu entre a serenidade das ilhas e, ainda jovem, sentiu despertar em si a vocação religiosa que o levaria a entrar para o Postulantado na Casa de Saúde do Telhal a 25.10.1930, iniciando posteriormente o Noviciado a 07.12.1931. A sua Profissão Simples realizou-se a 19.03.1933 e a Profissão Solene a 19.03.1936, também no Telhal, marco definitivo da sua consagração.

Em junho de 1936, partiu para a Casa de Saúde S. Rafael, em Angra do Heroísmo, onde exerceu as funções de cozinheiro, despenseiro e padeiro, além do serviço que prestava aos doentes da Casa.

Em julho de 1942, partiu para a Casa de Saúde S. João de Deus, no Funchal, onde permaneceu durante um ano, até outubro de 1943. Regressou ao Telhal e, no dia 18.07.1944, integrou o 2.º grupo de Irmãos de S. João de Deus enviado para as Missões em Moçambique, nomeadamente para a Gafaria do Alto Molócuè, Missão de S. João de Deus [1944-1977], em Quelimane, onde ficou até 1961.

Seguiu depois para a Gafaria «Dr. Aires Pinto Ribeiro», Missão de Nossa Senhora de Fátima [1947-1967], em Naeia, no então concelho de António Enes (atualmente Angoche), também em Moçambique, regressando em agosto de 1962 ao Alto Molócuè. Em setembro de 1964, retornou à Ilha da Madeira, para a Casa de Saúde S. João de Deus, regres-

sando novamente a Moçambique a 12.12.1966, para integrar a Comunidade de Irmãos do Hospital Psiquiátrico de S. João de Deus, no Infulene.

Esteve cerca de 23 anos em Moçambique, sempre com um forte espírito missionário e hospitaleiro ao serviço dos mais necessitados, sustentado por uma profunda vida interior, de entrega total a Deus e aos doentes. Era muito estimado por todos, graças ao seu espírito alegre, bem-disposto e respeitador, como testemunham vários Irmãos de S. João de Deus, que com ele conviveram.

A 01.06.1969, regressou definitivamente a Portugal, tendo sido colocado na Casa de Saúde S. João de Deus, no Funchal, onde permaneceu até ao dia da sua morte, a 27.03.1993, com 87 anos de idade e 60 anos de Profissão Religiosa – uma vida inteira dedicada ao serviço, à missão e à hospitalidade. ■





Norka Carmela Risso Espinoza, O.V.
Serviço de Atenção Espiritual e Religiosa
Província de Espanha, OHSJD

A presença

Acompanhamento espiritual nos cuidados de saúde

Artigo: **Norka Risso** Fotografia: **Marisa Oliveira**

Há cenas que permanecem durante muitos anos dentro de uma pessoa e acabam por se transformar, lentamente, numa forma de olhar a vida. Penso num quarto de hospital, ao fim da manhã: o sacerdote segura o pequeno recipiente do óleo, enquanto a família permanece em silêncio à volta da cama e eu fico ligeiramente de lado, como tantas outras vezes, nesse lugar discreto de que quase ninguém se recorda depois, mas onde, ainda assim, acontece algo profundamente importante. A mulher doente quase não tem forças para manter os olhos abertos e, num determinado momento, procura uma mão e aperta-a devagar, como quem ainda precisa de confirmar que continua a haver alguém ali.

Tenho pensado muitas vezes que boa parte da espiritualidade no contexto da saúde começa precisamente em

lugares assim: não em discursos especialmente elaborados, nem em respostas capazes de resolver o sofrimento, mas em algo muito mais simples e, ao mesmo tempo, muito mais difícil: na experiência de descobrir que alguém permanece perto quando a vida atravessa um dos seus momentos mais frágeis.

Trabalho como profissional do Serviço de Atenção Espiritual e Religiosa na Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e grande parte da minha vida decorre no acompanhamento de pessoas com doença mental, deficiência intelectual, deterioração psicogeriátrica, em cuidados paliativos e em processos de luto. Com o passar do tempo, aprendi que a espiritualidade surge continuamente onde uma pessoa continua a precisar de se sentir reconhecida em toda a

sua dignidade, mesmo quando a doença transformou profundamente o seu corpo, as suas capacidades ou a sua forma de viver.

A fragilidade

Os quartos de hospital têm uma forma muito particular de tornar essenciais muitas perguntas que, fora deles, costumam permanecer escondidas sob o ritmo quotidiano da vida. Quando o corpo muda, quando surge a dependência ou quando a incerteza começa a instalar-se lentamente no horizonte, emergem questões relacionadas com o medo, o sentido, a reconciliação, o cansaço ou a necessidade de se sentir amado. **Algumas pessoas precisam de falar durante muito tempo; outras guardam longos silêncios.** Algumas desejam rezar; outras precisam simplesmente de sentir que alguém permanece perto enquanto atravessam um dos momentos mais difíceis da sua vida.

Recordo uma mulher, num grupo, que passou várias semanas praticamente em silêncio, escutando os outros enquanto sustentava uma tristeza imensa, que parecia ter-se instalado lentamente em toda a sua vida. Um dia, ao terminar a sessão, disse apenas: «Hoje senti-me acompanhada». Aquela frase permaneceu durante muito tempo dentro de mim, porque exprimia algo essencial do cuidado espiritual: **a dor continuava a existir, a perda continuava a ser real e, ainda assim, algo tinha mudado dentro dela, porque a experiência de se sentir acompanhada tinha aberto um pequeno espaço de alívio no meio da ferida.**

Cicely Saunders (2001) escreveu que o sofrimento se torna verdadeiramente insuportável quando ninguém cuida de nós. É uma afirmação que fui compreendendo de forma muito concreta ao longo dos anos, porque o cuidado espiritual não elimina a dor nem oferece respostas fáceis; contudo, transforma algo decisivo: a forma como uma pessoa atravessa a fragilidade quando deixa de se sentir completamente sozinha dentro dela. O cuidado espiritual, entendido como prática humanizadora, atua precisamente nesse espaço (Bermejo, 2016).

A dignidade

Trabalhar durante 22 anos junto de pessoas com deficiência intelectual, doença mental e/ou deterioração cognitiva ensinou-me algo que considero essencial: a dignidade humana permanece intacta mesmo quando muitas capacidades desaparecem. Vi idosos com demência avançada que já não se recordavam de nomes nem de datas, mas que ainda recitavam uma oração aprendida na infância com uma serenidade comovente; vi também pessoas com enormes limitações comunicativas capazes de transmitir confiança, ternura e paz através de um olhar ou de um gesto extremamente simples. Tudo isto transforma profundamente a forma de compreender o cuidado, porque obriga a olhar para o ser humano a partir de um lugar muito mais profundo do que o da mera funcionalidade (Gorgulho, 2024).

Vivemos numa cultura profundamente marcada pela eficiência, pela produtividade e pela autonomia; uma cultura que facilmente acaba por identificar o valor humano com a capacidade de produzir, decidir ou manter-se forte. Muitas vezes, a doença confronta as pessoas com uma sensação dolorosa de perda de identidade, inutilidade ou vazio interior e é precisamente aí que a espiritualidade recorda algo que nenhum protocolo clínico pode substituir: **cada pessoa possui um valor imenso simplesmente por existir.**

O copo e a fonte

Há pessoas que chegam ao acompanhamento espiritual como chega um copo que esteve a dar de beber a todos durante demasiado tempo: vazio por dentro, rachado pelo esforço continuado, quase sem se recordar de quando foi a última vez que alguém o encheu a ele. São pessoas habituadas a cuidar continuamente dos outros, a responder sempre, a manter-se fortes mesmo quando, por dentro, quase já não restam forças. A doença costuma confrontar-nos precisamente com esse limite tão humano que todos partilhamos, embora poucas vezes o reconheçamos: todos precisamos, em algum momento, de ser sustentados. O acompanhamento espiritual ajuda então a reencontrar a



fonte, esse lugar mais profundo a partir do qual é possível voltar a viver e que não depende das próprias capacidades, mas de algo que se recebe: por vezes na fé explícita, outras vezes na reconciliação com a própria história, numa despedida por fazer, no amor recebido ou na simples experiência de se sentir acompanhado quando as forças começam a diminuir. Viktor Frankl (2015) escreveu que o ser humano conserva sempre a capacidade de encontrar sentido, mesmo no meio do sofrimento, e, no contexto da saúde, esta procura surge continuamente: há pessoas que precisam de se reconciliar com alguém antes de morrer, outras

desejam deixar umas últimas palavras à família e algumas precisam simplesmente de voltar a sentir paz dentro de si.

A Hospitalidade

A tradição Hospitaleira de São João de Deus conserva uma intuição profundamente atual, porque a Hospitalidade atravessa toda a nossa forma de cuidar e de compreender o ser humano: **significa aproximar-se do outro a partir do respeito, do acolhimento e da consciência profunda de que toda a vida merece ser acompanhada com delicadeza, especialmente nos momentos de maior vulnerabilidade.**

Em muitas ocasiões, o acompanhamento espiritual acontece em cenas extremamente simples: uma conversa tranquila ao fim da manhã, uma mão segurada durante alguns minutos, um momento de silêncio partilhado na igreja ou, simplesmente, uma presença que permanece sem necessidade de preencher o tempo com palavras. Recordo especialmente uma pessoa que não conseguia levantar-se da cama e me pediu um retiro espiritual. Entre os textos que partilhámos, escolhi o salmo 23. Enquanto eu o lia, permaneceu de olhos fechados e com uma expressão de profunda calma no rosto e, quando terminei, disse simplesmente: «Agora estou em paz». Aquela cena voltou a recordar-me algo que fui compreendendo lentamente ao longo dos anos: há palavras que só conseguem tocar verdadeiramente o coração humano quando nascem dentro de uma presença autêntica, quando alguém está realmente ali.

Permanecer

Com o tempo, cheguei a pensar que talvez seja essa a essência mais profunda do cuidado espiritual: **ajudar a que ninguém achesse completamente sozinho os momentos mais vulneráveis da sua existência e sustentar a dignidade humana onde a fragilidade ameaça torná-la invisível.** Talvez por isso continue a acreditar que algumas das experiências mais verdadeiras de espiritualidade nascem precisamente aí, no instante simples e profundamente humano em que alguém decide ficar ao lado de outro ser humano enquanto a vida atravessa um dos seus momentos mais difíceis. ■



A espiritualidade como força motriz do voluntariado

Eugénio Fonseca

Presidente da Confederação Portuguesa do Voluntariado

Um dos destinos que temos traçado nas nossas vidas é o da interdependência. **Ninguém pode subsistir sem contar com os outros e com os bens essenciais oferecidos pela Natureza.** A história de cada pessoa é feita de momentos felizes e de outros não tanto. Vivemos num mundo que, em determinados tempos, se assemelha a uma barca a enfrentar um mar encapelado, como nos lembrou, por várias vezes, o saudoso Papa Francisco. Mas esta imagem tomou um significado mais ingente, naquele fim-de-tarde, chuvoso e escuro, em que ele, sozinho, atravessou a Praça de S. Pedro. Não poderia ter escolhido melhor cenário, numa ocasião em que o mundo se debatia com a dolorosa adversidade da COVID19, para enfatizar a real condição humana de ser-com-os-outros e que, por isso, ninguém se salva sozinho.¹

Assim, temos de assumir que não é possível construir uma humanidade melhor, senão todos juntos. O grande desafio está em tecermos laços de solidariedade, expressos em compromissos éticos, alicerçados em valores comuns, como são o respeito inalienável da dignidade de cada pessoa e dos seus direitos fundamentais, assim como na defesa e preservação da Natureza e das restantes criaturas.

A verdadeira solidariedade demonstra-se em ações concretas e não somente com retas intenções ou inconsequentes demonstrações de interesse pelos problemas dos outros e do mundo em geral. Como uma virtude operante, ela nasce no mais íntimo de cada ser humano, porque nos incita a não olhar apenas para as realidades que nos circundam, mas a vê-las com os “olhos do coração”. Trata-se de um apelo a sairmos de nós próprios para irmos ao encontro de alguém ou de alguma outra criatura. A solidariedade promove a “cultura do encontro”² e, em contrapartida, rejeita a “cultura do descarte”³. Este dinamismo vital de sair de si mesmo revela ainda uma outra dimensão da pessoa, que é a

procura do Transcendente, uma força maior que a impulsiona a ser mais e a projetar-se para o mais além.

A doação do tempo em favor do próximo e do bem comum torna-se, assim, num ato solidário, com fundamentos éticos, impulsionado por uma vontade firme e determinada de servir. Nesta perspetiva, qualquer que seja a motivação, ela tem uma base espiritual, na medida em que se revela o desejo de fazer o bem e sempre bem feito. Ao falar-se desta espiritualidade não se está a induzir, forçosamente, a prática de qualquer religião, apesar do instinto humano ter uma tendência para o religioso. **À doação do tempo para servir as pessoas e a sociedade, chamamos voluntariado.**

Na verdade, para se ser voluntário tem de se possuir uma forte espiritualidade, quer dizer: a descoberta de um sentido feliz para a vida. A busca permanente da felicidade é um dos fundamentais anseios de qualquer pessoa. Por isso, é essencial que a ninguém se exclua do voluntariado ou que a sua prática não exclua ninguém ou qualquer dimensão que permita gerar o bem. Quem faz voluntariado ou o promove tem o dever de cuidar do respeito pela dignidade de cada pessoa. Trata-se de respeitar algo intrínseco que habita no mais profundo do ser humano e que não se perde nem diminui, mesmo quando se vive em circunstâncias que atentam contra esse valor sagrado. **A dimensão espiritual do voluntariado implica que quem o pratica não descuide esta força, procurando tempos de silêncio para conseguir entrar dentro de si e avaliar os passos andados para mudar de rota se for necessário. A espiritualidade, assim entendida, é a força motriz do voluntariado. ■**

¹ https://www.vatican.va/content/francesco/pt/homilies/2020/documents/papa-francesco_20200327_omelia-epidemia.html

² Cfr. FRANCISCO, *Carta Encíclica Fratelli Tutti* (3 de outubro de 2020), Paulinas Editora-Secretariado Geral do Episcopado, Prior Velho 2020, 216.cesco_20200327_omelia-epidemia.html

³ *Ibidem*, 188.



Cuidar o sofrimento para além da doença

Hugo Lucas, Psicólogo Clínico e Coordenador da Equipa de Apoio Psicossocial e Espiritual (EAPS)

Como nasceu a Equipa de Apoio Psicossocial no contexto do Instituto S. João de Deus?

A Equipa de Apoio Psicossocial e Espiritual (EAPS) do ISJD nasceu de uma candidatura promovida no âmbito de um acordo entre o Ministério da Saúde e a Fundação “la Caixa”, com o objetivo de criar, a nível nacional, equipas dedicadas ao apoio psicossocial em estruturas do SNS. Desde o início, o projeto apresentou-se com uma ambição clara: integrar intervenção assistencial, formação, investigação, docência e capacitação de profissionais, respondendo de forma especializada às necessidades das pessoas acompanhadas por equipas de cuidados paliativos.

A candidatura exigia um plano de ação estruturado, parceiros identificados, indicadores de avaliação e métricas de resultado. O Instituto S. João de Deus apresentou uma proposta que articulava profissionais de Psicologia e Serviço Social com formação avançada em cuidados paliativos e experiência em contexto comunitário ou hospitalar. Foram estabelecidas parcerias com equipas comunitárias da ULS Loures Odivelas e Lisboa Ocidental, com equipa intra-hospitalar da ULS S. José e, mais tarde, numa expansão do programa, com cinco ERPI do concelho de Oeiras.

Embora seja habitualmente conhecida como EAPS, a designação completa – Equipa de Apoio Psicossocial e Espiritual – traduz uma dimensão essencial do programa. **Para a Fundação “la Caixa”, a espiritualidade não é um elemento acessório, mas uma componente obrigatória da intervenção.** No caso do ISJD, essa dimensão foi assumida como

um dos pilares da candidatura, procurando articular a espiritualidade reconhecida pelas equipas de cuidados paliativos com a tradição e a identidade institucional de São João de Deus.

Ao longo dos últimos anos, a equipa tem contribuído para afirmar o ISJD na área dos cuidados paliativos, não apenas pela intervenção direta junto de doentes e famílias, mas também pela atividade científica, pedagógica e formativa. A EAPS participa regularmente em cursos, congressos, jornadas, pós-graduações e mestrados, colaborando na formação de profissionais de Medicina, Psicologia Clínica, Serviço Social e outras áreas. Desde 2019, tem marcado presença nos principais congressos nacionais e internacionais de cuidados paliativos, incluindo encontros europeus e mundiais, onde apresenta investigação e evidência produzida a partir da sua prática.

Qual é a principal missão da EAPS e a que necessidades procura responder junto das pessoas acompanhadas, famílias e profissionais?

A missão principal da EAPS é diminuir o sofrimento provocado por doenças crónicas, progressivas, incuráveis e ameaçadoras da vida, sejam elas oncológicas ou não oncológicas. A intervenção dirige-se sobretudo à população adulta, embora possa incluir crianças e adolescentes em contextos específicos. O trabalho centra-se na resposta às dimensões psicológica, emocional, social, espiritual e

existencial do sofrimento, procurando conservar e promover a dignidade da pessoa e contribuir para a sua qualidade de vida.

Este acompanhamento acontece num modelo multi e interdisciplinar, em articulação com médicos, enfermeiros e outros profissionais das equipas de cuidados paliativos. A doença é compreendida para além da dimensão biomédica. **Cada pessoa traz consigo uma história, relações, perdas, medos, expectativas, recursos e desejos. Por isso, a intervenção da EAPS não se limita à gestão da tristeza, da ansiedade ou da angústia.** Há pessoas que chegam serenas e que procuram, sobretudo, preservar qualidade de vida ou concretizar um objetivo possível, como assistir a um momento importante da vida familiar. Cuidar, neste contexto, significa ajudar cada pessoa a viver melhor o tempo que tem, respeitando a sua vontade e a sua singularidade.

O que significa prestar apoio psicossocial e espiritual em contexto de cuidados de saúde?

Prestar apoio psicossocial e espiritual em cuidados de saúde **significa responder às necessidades que emergem quando a vida é confrontada com a ameaça da doença.** A equipa acompanha processos de adaptação psicológica ao diagnóstico, aos tratamentos, à progressão da doença e, em alguns casos, à falência das respostas curativas. Quando a medicina já não oferece uma possibilidade de cura, continua a existir muito a fazer: antecipar sintomas, aliviar sofrimento, apoiar decisões, preservar autonomia, acompanhar famílias e garantir que a pessoa não fica reduzida à sua doença.

Neste percurso, surgem frequentemente questões de sentido, perdão, reconhecimento, amor, legado, autonomia e vontade. A possibilidade de expressar preferências para o presente e para o futuro, através de planos antecipados de cuidados ou de instrumentos como a diretiva antecipada de vontade, mostra como a bioética atravessa toda a nossa intervenção. A espiritualidade, entendida de forma ampla, e como base conceptual no nosso referencial antropológico, relaciona-se com o sentido da vida, o propósito, a ligação aos outros e a capacidade de enfren-

tar adversidades. Pode expressar-se religiosamente, mas não se esgota na religião. Mesmo quem não tem uma fé religiosa possui uma dimensão espiritual, porque procura significado, relação, paz, pertença e coerência interior.

A equipa prefere, por isso, não reduzir o seu trabalho à expressão “apoio psicossocial”, quando esta é entendida de forma limitada. **A intervenção é psicológica, social, espiritual, existencial e, quando a pessoa o deseja, também religiosa.** Inclui o acompanhamento da dor total, do sentimento de ser um fardo, do isolamento, da perda de esperança e, em algumas situações, do desejo antecipado de morte. Inclui também o trabalho com famílias, ajudando-as a antecipar o fim de vida, a atravessar a perda e, quando necessário, a integrar o luto.

O acompanhamento no luto é uma componente estruturada do projeto. A equipa mantém consultas com familiares que apresentam fatores de risco para luto complicado ou prolongado, ou quando esses sinais já estão presentes. Podem estar em causa perdas sucessivas, a existência de filhos jovens, vulnerabilidade económica ou social, ou outras circunstâncias que exigem maior suporte. Quando necessário, a EAPS articula-se com consultas de Psicologia e estruturas da comunidade, garantindo continuidade de cuidados para lá do momento da morte.

Que situações de maior complexidade chegam mais frequentemente à equipa?

As situações acompanhadas são frequentemente de elevada complexidade. A doença é apenas uma parte do problema. A idade, a estrutura familiar, os recursos disponíveis, o percurso terapêutico, a solidão, a vulnerabilidade social e a forma como a pessoa e os seus próximos vivem a aproximação da perda tornam cada caso único. A equipa acompanha pessoas jovens confrontadas com diagnósticos agressivos, pais que perdem filhos, idosos isolados, doentes que chegam muito tardiamente aos cuidados paliativos e pessoas com trajetórias longas de tratamento, marcadas por anos de sofrimento e por uma vivência quase exclusivamente centrada em exames, consultas e terapêuticas.

Em todos estes contextos, há um elemento comum: a

vulnerabilidade diante da doença e a necessidade de encontrar significado para uma experiência que altera profundamente a vida. A equipa é chamada a estar presente nesse território difícil, onde o sofrimento pode assumir formas muito diversas, e a resposta exige competência técnica, mas também presença, compaixão e capacidade de escuta.

De que forma a equipa responde diariamente a situações de sofrimento, assegurando o cuidado e o bem-estar dos profissionais?

O cuidado dos profissionais é, por isso, uma dimensão indispensável. Para a EAPS, o autocuidado não se reduz a momentos de convívio, jantares ou atividades de lazer, embora estes possam ser importantes. Implica, antes de mais, consciência do sofrimento com que se trabalha, autocuidado, formação e respeito pelos próprios limites. **Cuidar em cuidados paliativos exige uma presença compassiva: estar diante do outro com a intenção de, através dessa presença, diminuir o seu sofrimento.**

A equipa valoriza a equanimidade, entendida como a capacidade de manter calma, equilíbrio e naturalidade perante o tumulto vivido pela pessoa doente e pela família. A imagem que usamos é a de uma rocha no meio da água, onde as ondas batem e se dissipam. **O profissional precisa de ser esse lugar de estabilidade, sem se deixar arrastar pela intensidade do sofrimento do outro.** Quando não existem limites saudáveis, pode surgir fadiga de compaixão, distinta do *burnout*, que está mais associado a fatores organizacionais, condições de trabalho, liderança e funcionamento institucional.

Cuidar de quem cuida passa por reconhecer vulnerabilidades, pedir ajuda, recorrer a acompanhamento psicológico ou psicoterapia quando necessário, criar equipas coesas e uma liderança sólida. Passa também por nutrir a fonte interior a partir da qual cada profissional se dá aos outros: silêncio, espiritualidade, meditação, contacto com a natureza, leitura, música, amizade ou contemplação podem ser formas de reencontro consigo próprio. **Só quem reconhece que também precisa de cuidado consegue permanecer verdadeiramente disponível para cuidar.**

Como resumiria o impacto da EAPS na comunidade e nas equipas com que trabalha?

A intervenção da EAPS é avaliada de forma estruturada. Mais do que observar mudanças, a equipa mede resultados antes e depois do acompanhamento, com base no reporte dos próprios doentes e em avaliações conduzidas pela Fundação “la Caixa”. Os dados apontam para uma redução da sintomatologia emocional, incluindo ansiedade, depressão, tristeza e angústia, bem como para a diminuição das preocupações familiares. Quando existe mais tempo de acompanhamento, observa-se uma redução mais sustentada da tristeza dos familiares, maior bem-estar espiritual e menor prevalência de fatores de risco associados ao luto complicado ou prolongado.

O impacto da equipa é também reconhecido pelas entidades parceiras e pelos profissionais com quem trabalha. A EAPS é auditada anualmente nas dimensões técnica e científica, económica e procedimental, incluindo inquéritos de satisfação dirigidos a equipas parceiras, diretores, profissionais e doentes. Na avaliação mais recente, obtivemos um nível de satisfação de 9,7 numa escala de zero a dez.

Apesar deste reconhecimento, permanecem desafios. Um dos principais é chegar mais cedo às pessoas. A referência tardia limita o tempo disponível para uma intervenção mais sustentada e impede, por vezes, que se trabalhem dimensões importantes da experiência de doença. Melhorar a precocidade do acompanhamento significaria oferecer mais tempo, mais presença e mais possibilidades de resposta ao sofrimento.

Ainda assim, o balanço é profundamente positivo. Ao longo de oito anos, **a EAPS tem contribuído para reduzir sofrimento, promover bem-estar e dignidade, apoiar famílias, formar profissionais e consolidar conhecimento numa área essencial dos cuidados de saúde.** Mais do que os números, os projetos ou a notoriedade científica, o impacto mais significativo encontra-se nas pessoas acompanhadas e na gratidão expressa por doentes e famílias. É nelas que se confirma o sentido último deste trabalho: estar presente, cuidar e ajudar cada pessoa a estar tão bem quanto possível consigo própria, com os outros e com a vida, mesmo quando a cura já não é possível. ■

Do outro, potenciar o melhor e ajudá-lo a Ser

Por: Marisa Oliveira



Há lugares que se deixam explicar por um programa, um horário ou um conjunto de etapas. O Noviciado Europeu, em Brescia, não é um deles. Para o compreender, é preciso entrar pela porta, sentar-se à mesa, partilhar a oração, acompanhar os silêncios e perceber como pessoas de países, línguas e histórias diferentes aprendem, todos os dias, a chamar-se de Irmãos.

Quando lhe pedem que explique o Noviciado a quem nunca aqui entrou, o Ir. Jakobus Janci, Mestre dos Noviços, responde com apenas três palavras: “Vem e vê.” Não se trata de evitar uma definição. Trata-se de reconhecer que há experiências que não cabem inteiramente em palavras. **“O Noviciado não é simplesmente um espaço de formação académica. É um tempo de formação e transformação interior, orientado não para um emprego, mas para a vida.”**

Uma casa para toda a Europa

O Noviciado Europeu nasceu da vontade de construir uma casa de formação comum a várias Províncias. A estrutura começou a ganhar forma entre 2016 e 2019 e no início estavam envolvidas onze Províncias (atualmente são oito). O objetivo era ultrapassar uma visão limitada às instituições e aos territórios de origem e formar Irmãos com uma compreensão mais ampla e universal da Ordem.

“Não é decisivo que um croata venha a servir em Portugal ou que um português seja enviado para a Polónia”, explica o Mestre. “O mais importante é partilharmos a mesma orientação e compreendermos que não somos formados apenas para um Província, mas para a Ordem.”

Esta universalidade não é uma ideia abstrata. É vivida em todos os espaços. Nos quartos, nos corredores, na capela e, sobretudo, à mesa. A comunidade atual junta o Mestre, Ir. Jakobus Janci, o Vice-mestre, Ir. Vítor Lameiras, e três Noviços: David, português, Orivaldo, cabo-verdiano, integrado na Província Portuguesa, e Till, austríaco. Antes deles, outros grupos chegaram a reunir treze pessoas nesta mesma casa. Cada grupo traz um novo desafio e obriga a comunidade a recomeçar.

O percurso do Noviciado tem a duração de dois anos. No primeiro ano, o trabalho centra-se especialmente no conhecimento interior, na identidade e na maturidade. “É fundamental que a pessoa entre em si própria e vá mais fundo. Deve perguntar: ‘Quem sou eu? O que quero? O que posso fazer?’”, afirma o mestre. No segundo ano, a formação aproxima-se mais do Postulantado e do carisma específico de São João de Deus.

A finalidade não é produzir um modelo de Irmão igual em todos os países. “O Mestre não ‘fabrica’ alguém”, sublinha o



Ir. Jakobus. O seu serviço é criar condições para que cada Noviço possa percorrer o seu caminho. O que se procura é uma transformação interior que não apague a identidade, mas torne cada um mais livre para se relacionar, servir, decidir e assumir responsabilidades.

Caminhar ao lado do outro

Na equipa formativa, o acompanhamento quotidiano é partilhado pelo Ir. Jakobus e pelo Ir. Vítor, com a colaboração do Ir. Angelo Sala nas experiências de missão, nomeadamente nas unidades assistenciais e na Locanda. Para o Vice-mestre, formar não é apenas transmitir conteúdos. “A formação, mais do que formar no sentido educacional de dar aulas, tem o sentido de acompanhamento.” **Caminhar ao lado do outro permite perceber quem ele é, reconhecer as suas capacidades e fragilidades e ajudá-lo a discernir com liberdade.**

“A melhor coisa que podemos fazer enquanto formadores de Irmãos é ser exemplo para eles”, afirma o Ir. Vítor. Essa responsabilidade não coloca o formador acima de quem acompanha. Pelo contrário, a comunidade do Noviciado também o transforma. Ajudar os jovens a crescer, explica, permite-lhe compreender melhor as novas gerações e faz com que ele próprio se sinta rejuvenescido.

Aprender a viver

Em Brescia, a formação começa nas pequenas coisas. Na hora a que se acorda, no modo como se organiza a cozinha, no lugar de cada objeto, na forma de demonstrar afeto, no silêncio de uns e na espontaneidade de outros. Encontramos a diversidade cultural na comida, nos horários, na necessidade de planear ou na capacidade de improvisar. E, muitas vezes, aquilo que parece um pormenor revela uma forma inteira de ver o mundo.

O Ir. Vítor descreve a vida na comunidade como desafiante, mas profundamente enriquecedora. **A integração cultural e a compreensão de personalidades moldadas por contextos diferentes exigem trabalho permanente.** Contudo, quando existe abertura, as diferenças deixam de ser vistas como obstáculos e revelam a sua complementaridade. Ao longo do tempo, reconhece nos Noviços “uma passagem

de um eu mais individual para um eu muito mais solidário e comunitário”.

David admite que a convivência entre nacionalidades foi inicialmente difícil, mas tornou-se uma escola de abertura. Aprendeu a interpretar todas as diferenças e descobriu em si uma flexibilidade que não sabia possuir. Até o Natal se transforma numa espécie de retrato do Noviciado: bacalhau português, salsichas austríacas, um doce croata. Sabores de vários países reunidos na mesma mesa.

Para Orivaldo, alguns dos momentos mais marcantes também chegaram através da comida. Vindo de Cabo Verde, sentiu a falta do pão, do arroz e da cachupa, enquanto se adaptava às massas italianas e aos hábitos de outros. No seu aniversário, o Ir. Vítor e Gabriela, uma colaboradora, prepararam-lhe uma cachupa. “É verdade que não era igual, claro que não podia ser igual, mas, para mim, o gesto foi mais importante do que o próprio prato.” **Naquela refeição cabia uma lição essencial: acolher não é tornar o outro igual a nós, é reconhecer aquilo que o faz sentir-se em casa.**

Till encontrou na Ordem uma liberdade e uma autenticidade que não tinha experimentado. “Para viver a Hospitalidade é preciso ser livre interiormente e abrir-se aos outros”, afirma. Essa abertura, contudo, não elimina o desconforto. Obriga a reconhecer limites, a aceitar decisões que não seriam as primeiras escolhas e a permanecer num caminho que continua a fazer perguntas.

A Hospitalidade, aqui, não é apresentada como uma disposição espontânea e sempre fácil. Aprende-se na relação, no conflito e na reconciliação. Para David, significa “ter um coração aberto” e continuar a fazer o bem, mesmo



quando tudo parece desmoronar-se. Para Orivaldo, é “ter um coração capaz de acolher”, sobretudo quando o outro é diferente. Para o Ir. Jakobus, começa de forma ainda mais simples: “Começa por seres uma pessoa boa.”

O ritmo que sustenta a vida

Os dias começam cedo, por volta das sete e meia, com meditação, escuta da Palavra de Deus e oração comunitária. Seguem-se a Eucaristia e o pequeno-almoço. Depois, os Noviços saem para servir no IRCSS – Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, tanto no acompanhamento dos doentes como na pastoral, junto de pessoas em situação de pobreza ou nas diferentes tarefas necessárias ao funcionamento do Noviciado.

O almoço volta a reunir a comunidade. Há tempo de descanso e, durante a tarde, formação. Ao final do dia, regressa a oração, o jantar e a vida partilhada. O Ir. Jakobus reconhece que o ritmo é exigente, que o contacto com as pessoas consome energia, mas dá também alegria.

A oração, a formação e o serviço não existem enquanto compartimentos isolados. A vida quotidiana é o lugar onde tudo acontece. Não basta conhecer documentos, estudar a história da Ordem ou compreender o carisma. É preciso aprender a pedir ajuda, a lidar com a frustração, a reconhecer emoções, a respeitar a privacidade, a dizer o que se quer e aquilo de que verdadeiramente se necessita.

É na convivência que os formadores percebem como cada Noviço vive a Hospitalidade. O Ir. Vítor insiste que essa leitura não se faz a partir de uma avaliação teórica, mas da convivência diária. Observa-se a forma como cada um reage à

fragilidade, como aceita trabalhar com os outros e como reconhece que alguém pode colaborar ou até fazer melhor. O objetivo não é aprender a “fazer o bem sozinho”, mas a servir em rede, com Irmãos, colaboradores, profissionais e instituições.

A expressão escolhida pelo Mestre para resumir este caminho é: “eu com os outros, para os outros”. Primeiro, a pessoa aprende a descobrir-se. Depois, aprende a viver com outras pessoas que não escolheu. E, finalmente, descobre que a comunidade não existe para se fechar sobre si própria, mas para servir os outros.

Abrir a porta

Existe algo que se sente quando se entra no Noviciado: a abertura e a acessibilidade. Poderíamos acreditar que iríamos entrar num espaço inacessível ou protegido da vida exterior, mas não. Irmãos, colaboradores, formadores, responsáveis e visitantes entram, partilham refeições, partilham conversas e momentos do dia a dia. E, estas visitas fazem também parte da formação.

“A realidade da Ordem não é ‘nós de um lado e vocês do outro’, é uma missão construída em conjunto”, afirma o Mestre dos Noviços. Quando alguém entra na comunidade, o Mestre observa a forma como os noviços reagem, de quanto tempo precisam para acolher o outro e que resistências podem surgir. **A Hospitalidade começa aqui, antes de qualquer serviço: na capacidade de abrir espaço para alguém que chega.**

Orivaldo é particularmente exigente nesta matéria. Recorda que não basta falar de Família Hospitaleira se as portas permanecem fechadas. Para ele, acolher colaboradores e pessoas que desejam conhecer o Noviciado não é uma interrupção da vida comunitária, é parte dela. “Não somos Família Hospitaleira quando não somos capazes de acolher e de abrir a porta a quem chega.”

Abrir, porém, não significa apagar fronteiras. “A Hospitalidade tem limites e esses limites chamam-se respeito”, lembra o Ir. Jakobus. A proximidade só é verdadeira quando reconhece a privacidade, a história, o corpo e o modo de comunicar de cada pessoa. **Em Brescia, aprende-se simultaneamente a abrir a porta e a bater antes de entrar.**



Quando a formação encontra a rua

É na Locanda San Giovanni di Dio que muitas destas aprendizagens deixam de ser conceitos e se transformam em rostos concretos. Localizada a poucos quilómetros do Noviziato, a Locanda acolhe pessoas sem residência fixa e é o único espaço desta natureza na cidade que funciona 24 horas por dia.

Dispõe de 23 lugares e nasceu em 2015, embora a presença dos Irmãos junto das pessoas sem-abrigo remonte a cerca de 1980. Dez lugares resultam de um acordo com o Município, outros dez destinam-se a situações mais exigentes do ponto de vista da saúde física ou mental. Há ainda três lugares sem financiamento público, reservados a pessoas sem residência oficial ou documentos e que não podem ser encaminhadas pelos serviços sociais. **O Ir. Angelo chama-lhes os “lugares de São João de Deus”. Neles, a inexistência de financiamento não altera a qualidade do acolhimento.**

A escolha do nome remete para a parábola do Bom Samaritano e é nessa imagem que o Ir. Angelo traduz a missão que desenvolve com Irmãos, colaboradores e voluntários. “Não lhes damos apenas uma cama ou uma refeição: acolhemos o seu sofrimento e construímos projetos que possam ajudá-las a retomar a própria vida.”

As pessoas acolhidas apresentam percursos muito diversos e, frequentemente, vulnerabilidades acumuladas. Algumas recusam deslocar-se ao hospital ou nunca tiveram contacto com os serviços de saúde. Por isso, um médico vai regularmente à Locanda, observa e acompanha os hós-

pedes num ambiente onde a confiança é mais fácil de construir. O objetivo não é substituir o sistema de saúde, mas construir uma ponte até ele.

Para o Ir. Vítor, a Locanda não é apenas um sítio onde acompanha a missão dos Noviços, é também um lugar onde se sente pessoalmente comprometido, “é uma área de que gosto muito”. Aqui, a formação confronta-se com uma pergunta exigente: como responder à urgência sem reduzir o cuidado ao assistencialismo? “Apesar de a pessoa estar a pedir um pão, o que precisa não é só de um pão.” É necessário responder à fome naquele momento, mas também construir, com outras instituições, caminhos para a habitação, o emprego e a autonomia.

A pequena dimensão da resposta é um dos pontos-chave do espaço. Ao contrário de dormitórios com dezenas de camas, a Locanda aproxima-se mais de uma casa. A relação torna-se mais próxima, os conflitos são mediados no quotidiano e os percursos podem ser construídos de forma mais individualizada. Por vezes, as discussões surgem pelas mesmas razões que surgiriam em qualquer família: uma luz acesa, uma tarefa por cumprir ou a utilização da máquina de lavar. Mas, por detrás dessas situações, existem histórias marcadas pelas intermitências da vida, pela rua, pela perda, pela doença ou pela desconfiança.

A resposta não termina no alojamento. No piso inferior, a Casa Lucena acolhe quatro homens que viveram em situação de sem-abrigo e apresentam problemas de saúde mental, necessitando de um ambiente mais protegido e de acompanhamento diário. Existe também um atelier de carpintaria e cerâmica, aberto à comunidade onde os hóspedes podem aprender, cumprir horários, assumir compromissos e criar relações fora do serviço. A articulação com o Serviço de Integração Laboral do Município e com Cooperativas procura abrir caminhos para o emprego protegido e para soluções habitacionais de maior autonomia.

Para os Noviços, a Locanda é um lugar de serviço e aprendizagem. Mas é, sobretudo, um lugar de encontro. Orivaldo reconhece que o contacto com os hóspedes mudou a forma como olhava para o próprio sofrimento. “Muitas vezes pensamos que já sofremos muito, mas depois encontramos alguém cujo percurso foi profundamente doloroso.”

A experiência foi intensa, mas ajudou-o a compreender o coração da Ordem: uma presença próxima de quem sofre, sem reduzir a pessoa à sua fragilidade.

Francesca, Educadora Social na Locanda, percebe o impacto dessa presença do outro lado da relação. Os hóspedes perguntam pelos Noviços quando eles não estão. Confiam-lhes histórias que nem sempre contam aos profissionais. “Algumas destas pessoas não vivem uma experiência de casa há muitos anos, outras talvez nunca a tenham vivido”, explica. **“Os Noviços ajudam a criar um ambiente de família de uma forma que nós, enquanto profissionais, nem sempre conseguimos.”**

É aqui que o Noviciado revela uma das suas dimensões mais profundas. A formação não acontece apenas na sala de estudo ou na oração. Acontece quando alguém se senta ao lado de uma pessoa que perdeu a casa, quando escuta sem pressa, quando aceita não ter uma resposta e escolhe permanecer.

O Ir. Angelo explica que a espiritualidade, na Locanda, começa no cuidado concreto. Começa por dar alimento, cama, cuidados de enfermagem e segurança, mas não termina aí. Muitas vezes, por detrás de uma dor ou de um pedido feito na sala de enfermagem, existe uma necessidade mais profunda de ser ouvido. A pessoa é acolhida na sua totalidade: corpo, história, relações, fé, dúvidas e desejo de recomeçar.

Basta um Irmão

Num tempo em que o número de vocações diminui na Europa, o Noviciado de Brescia poderia ser lido apenas a partir do número reduzido de Noviços em formação. Existem poucos Noviços, as comunidades estão envelhecidas e há uma presença menos visível dos Irmãos em muitas instituições em toda a Europa. O Noviciado nasce desta realidade e da necessidade de preparar uma Ordem mais capaz de viver, formar e servir para além das fronteiras provinciais. Mas, dentro desta casa, o número não é a única medida. “Para criar alguma coisa nova, por vezes basta uma pessoa”, afirma o Ir. Jakobus. **São João de Deus desenvolveu a sua obra pública durante poucos anos, mas uma vida pode fazer a diferença quando se torna verdadeiramente disponível para o outro.**

É essa disponibilidade que o Noviciado ajuda a formar. Não uma disponibilidade sem limites, que destrói quem serve, mas uma presença livre e consciente. A capacidade de dizer a alguém: eu estou aqui, neste momento e neste lugar. O próprio Mestre recorda que, perante uma pessoa que está internada nos cuidados paliativos e que pergunte: “Porque tenho de morrer?”, talvez não exista uma resposta. Mas existe sempre a possibilidade de permanecer: “Não sei, mas fico contigo.”

Talvez seja essa a melhor forma de compreender o que acontece no Noviciado Europeu. Em Brescia, aprende-se Teologia, estudam-se as Constituições, conhecem-se as diferentes realidades da Ordem e desenvolvem-se competências para a vida religiosa. Mas aprende-se também a partilhar a cozinha, a reconhecer os próprios limites, a acolher uma cultura diferente, a escutar quem vive na rua e a voltar a uma casa onde ninguém deveria sentir-se apenas visitante.

O que se sente aqui não é a ausência de dificuldades. É a decisão diária de as ultrapassar. **Porque ser Irmão de S. João de Deus talvez comece precisamente assim: permitindo que o outro entre, deixando-se transformar pela sua presença e aprendendo a ficar quando seria mais fácil partir.** ■





Espiritualidade e cuidado integral

Entrevista: **Marisa Oliveira** Fotografia: **Sara Martins**

Entrevistados: *Ir. Alberto Mendes, sac., Superior da Comunidade dos Irmãos e Responsável da Pastoral da Saúde e Animação no ISJD-Telhal | Ir. Bonifácio Lemos, sac., Responsável pela Missão em Timor-Leste | Lisete Nunes, Enfermeira e Diretora do ISJD-Funchal | Ana Rita Sousa, Responsável da PSA e Voluntariado, ISJD-Ponta Delgada | David Barbas, Secretário da Juventude Hospitaleira.*

No Instituto S. João de Deus, a espiritualidade é muito mais do que um complemento aos cuidados de saúde. É uma forma de olhar para a pessoa de forma integral e completa, com um corpo, uma história, relações, crenças, medos, esperança e necessidade de sentido. É uma forma de reconhecer que também quem cuida precisa de ser cuidado. Há sofrimentos que aparecem numa análise, num diagnóstico ou numa alteração do comportamento. Outros não se deixam medir. Vivem no medo do futuro, na

solidão, na culpa, na perda de sentido, na necessidade de reconciliação ou nas perguntas que surgem quando a vida deixa de obedecer ao que imaginávamos. Cuidar integralmente é também cuidar deste plano não palpável e muitas vezes imensurável.

No Instituto S. João de Deus, a espiritualidade atravessa diferentes lugares e linguagens. Está na assistência espiritual e religiosa, mas também na escuta, nas equipas que reconhecem os seus limites, num jovem que aprende a ver a pessoa antes da doença, numa comunidade que mantém vivo o carisma sem a presença diária dos Irmãos e na organização que protege as pessoas cuidadas e as pessoas que cuidam. É uma realidade integrada na prática clínica, social e terapêutica. É uma dimensão do próprio cuidado.

Todos somos espirituais

Falar de espiritualidade em saúde, por vezes, ainda provoca um equívoco imediato: confundi-la com religião. As duas

dimensões podem encontrar-se, mas não são sinónimas. O Ir. Alberto Mendes, sac., Superior da Comunidade dos Irmãos e Responsável pela Pastoral da Saúde e Animação no ISJD-Telhal, explica que a religião se relaciona com uma tradição de fé, crenças, celebrações e pertença comunitária. **A espiritualidade é mais ampla, envolve o sentido da vida, a relação consigo próprio, com os outros, com a natureza, com o mundo e, para quem acredita, com Deus ou com o transcendente.**

“Nem todos professam uma religião, mas todos somos espirituais”, resume. A espiritualidade pode manifestar-se na oração, mas também na arte, na música, numa caminhada, na contemplação da natureza, na memória, numa relação significativa ou na necessidade de compreender o que se está a viver. Pode existir numa pessoa profundamente religiosa e noutra que se afirma agnóstica ou ateia. O ponto de partida não é aquilo em que o profissional acredita, mas aquilo que dá sentido à vida da pessoa que tem diante de si.

O Ir. Bonifácio Lemos, sac., responsável pela Missão em Timor-Leste, descreve **esta dimensão como “aquilo que toca o mais profundo da pessoa”, o que sustenta a esperança, orienta os valores, liga à família e à comunidade e ajuda a enfrentar a fragilidade.** Quando a doença altera o corpo e ameaça a autonomia, surgem frequentemente perguntas sobre o sentido, a culpa, o perdão, o medo da morte, a pertença ou o desejo de deixar alguma coisa resolvida. Ignorá-las não torna o cuidado mais neutro ou mais científico, torna-o incompleto.

Ciência, fé e liberdade

O Instituto S. João de Deus assume uma identidade católica herdada de São João de Deus. **Essa identidade não se esconde, mas também não se impõe. Para o Ir. Alberto, ciência e religião não devem competir pelo mesmo lugar.** A ciência investiga, diagnostica, trata e procura novas respostas. A fé e a espiritualidade ajudam muitas pessoas a atribuir sentido, a sustentar a esperança e a atravessar aquilo que a técnica não consegue resolver por si só.

Falar de espiritualidade em saúde, por vezes, ainda provoca um equívoco imediato: confundi-la com religião

Esta convivência exige clareza e respeito. **A identidade religiosa da instituição não autoriza a substituição de crenças da pessoa pelas crenças de quem cuida. Pelo contrário, obriga a proteger a sua liberdade interior.** Quando alguém pertence a outra tradição religiosa, a equipa procura facilitar o contacto com as pessoas e comunidades de referência. Quando não existe pertença religiosa, o apoio pode nascer de uma conversa, de um momento informal, da arte, da música ou simplesmente da presença.

“O importante é escutar e estar presente, sem impor nada”, afirma o Ir. Alberto. Há pessoas que começam por dizer que não acreditam, mas acabam por partilhar experiências, dúvidas ou feridas antigas. O acompanhamento não procura conduzi-las a uma resposta previamente definida. Procura criar confiança suficiente para que possam falar da própria história e encontrar o seu caminho.

Hospitalidade, o elemento diferenciador

Em Ponta Delgada, esta responsabilidade ganhou um significado particular. A unidade foi a primeira do Instituto a deixar de ter uma comunidade de Irmãos residente. Ana



Rita Sousa, responsável pelas áreas da Pastoral, Animação e Voluntariado, viveu a transição não como o fim de uma presença, mas como uma passagem de responsabilidade. Tinha aprendido com os Irmãos e recebeu formação específica em ética, espiritualidade e saúde. Depois, juntamente com os restantes colaboradores, assumiu o compromisso de não deixar que o Centro perdesse a sua identidade.

A espiritualidade, neste contexto, não depende exclusivamente de quem usa hábito religioso, preside a uma celebração ou integra formalmente uma equipa pastoral. **Torna-se cultura quando atravessa as decisões, as relações, as prioridades e a maneira de receber cada pessoa.** “O dia em que as pessoas não falarem do Instituto S. João de Deus – Ponta Delgada como uma instituição que tem algo de diferente, é aí que perdemos a nossa identidade”, afirma Ana Rita.

Este elemento diferenciador não é simbólico ou decorativo. Está na atenção à pessoa, na proximidade, na forma de reconhecer datas importantes, de acompanhar a doença e o luto, de criar momentos de celebração e de garantir que todos estão presentes independentemente de partilharem ou não a religião católica. A Pastoral, a Animação e o Voluntariado têm planos próprios, mas trabalham em articulação com as equipas. A Eucaristia é proposta a quem deseja participar, os momentos de confraternização, reconhecimento e gratidão procuram incluir todos. **A pertença**

à Família Hospitaleira não é condicionada pela adesão religiosa, é uma Família de todos e para todos.

Quando surgem necessidades específicas de outra tradição, a equipa facilita visitas, contactos e deslocações aos respetivos espaços comunitários. No acompanhamento diário, trabalha dimensões transversais como a esperança, a relação, o sentido, a memória, a gratidão e a reconciliação, sempre sem impor práticas. A espiritualidade institucional revela-se, assim, não pela uniformidade, mas pela capacidade de acolher a diferença sem perder a própria identidade.

Uma responsabilidade partilhada por todos

A assistência espiritual e religiosa tem profissionais preparados para acompanhar situações mais complexas, mas o cuidado espiritual não começa apenas quando chega o capelão, o assistente espiritual ou o responsável pela pastoral. Pode começar no modo como o médico comunica uma notícia, como o enfermeiro reconhece um silêncio, como o auxiliar respeita um ritual, como o psicólogo identifica uma crise de sentido ou como o assistente social percebe que, por detrás de um pedido concreto, existe uma rutura familiar ou uma necessidade de pertença.

O Ir. Alberto sublinha a importância de equipas sensibilizadas e capazes de reconhecer até onde podem acompanhar. A referenciação entre profissionais é também um gesto de humildade: perceber que determinada necessidade exige outra competência e encaminhar sem abandonar. **O Ir. Bonifácio reforça a mesma ideia: “A assistência espiritual e religiosa não substitui o cuidado da equipa, completa-o e aprofunda-o.”**

Para isso, não é necessário transformar todos os profissionais em assistentes espirituais. É necessário formar para escutar, observar, comunicar com sensibilidade, respeitar crenças e valores, identificar sofrimento espiritual e saber encaminhar quando necessário. A falta de tempo, a pressão dos serviços, o receio de invadir a intimidade ou de parecer que se está a impor uma crença levam muitos profissionais a evitar estas questões. Mas o silêncio do profissional nem sempre protege a pessoa e poderá deixá-la sozinha com aquilo que mais a inquieta.

A pessoa antes da doença

Na Juventude Hospitaleira, esta aprendizagem começa muitas vezes antes de existir qualquer formação profissional. O movimento, explica David Barbas, Secretário da Juventude Hospitaleira, nasce da parábola do Bom Samaritano, do exemplo de São João de Deus e do encontro entre jovens e pessoas acompanhadas nas unidades do Instituto. Há oração ao começar e ao terminar o dia, celebrações e momentos vocacionais. **Mas a espiritualidade não fica confinada aos momentos explicitamente religiosos.**

Está presente num passeio, num café, numa ida à piscina, num jogo de futebol, numa música escolhida em conjunto ou numa oração preparada pelos próprios residentes. Está, sobretudo, na mudança do olhar. Muitos jovens chegam com receios e imagens pré-concebidas socialmente sobre a doença mental. A preparação faz-se com tempo. Conversam, visitam as unidades de forma gradual, fazem perguntas e aproximam-se primeiro de realidades que lhes parecem menos exigentes. No final, são frequentemente as pessoas que mais recebiam encontrar, aquelas de quem se sentem mais próximos.

“Vão encontrar pessoas. Pessoas como nós”, diz David. Para ele, o traço que distingue esta experiência é a capacidade de ver quem tantas vezes permanece invisível, “ver o outro na sua totalidade”, reconhecer uma história e uma vida antes de ver a doença ou uma situação de fragilidade. **É também aí que a espiritualidade se torna cuidado integral. Não porque todos rezam da mesma forma, mas porque a relação devolve dignidade e desfaz o estigma.** O jovem não chega apenas para fazer uma atividade, deixa-se transformar pelo encontro. A pessoa acompanhada não é um destinatário passivo, participa, escolhe, prepara, ensina e cria comunhão.

Cuidar de quem cuida

Há, contudo, uma questão que o discurso sobre o cuidado integral pode esquecer: a pessoa que cuida. O cuidador também tem interioridade, limites, perdas, perguntas e necessidade de apoio. A enfermeira Lisete Nunes, Diretora do ISJD-Funchal, partiu precisamente desse aparente contrassenso para investigar a relação entre espiritualida-

de organizacional e saúde mental dos profissionais. Fala-se da pessoa cuidada como um todo, mas nem sempre se aplica a mesma visão a quem trabalha diariamente com doença, dependência, sofrimento, exaustão, luto e morte. Lisete define a espiritualidade como a procura de sentido, propósito e coerência, presente na forma como cada pessoa encontra significado nas relações, no sofrimento, na esperança, nos valores e no trabalho. A espiritualidade organizacional não corresponde à imposição de práticas religiosas no local de trabalho. Traduz-se num ambiente onde existe sentido de missão, confiança, coerência entre discurso e ação, reconhecimento, pertença e consciência de que o trabalho realizado contribui verdadeiramente para a vida de alguém.

A principal conclusão do seu estudo foi a existência de uma correlação positiva entre espiritualidade organizacional e a saúde mental dos profissionais. Os colaboradores que reconheciam maior sentido de missão, relações de confiança e um ambiente coerente apresentavam maior bem-estar psicológico e menor risco de sofrimento emocional. Entre as dimensões analisadas, destacou-se o sentido de préstimo à comunidade: perceber que o próprio trabalho melhora efetivamente a vida das pessoas pode funcionar como fator protetor para o cuidador. Quando esse sentido se perde, as consequências ultrapassam a esfera individual. Pode surgir desmotivação, exaustão emocional, afastamento afetivo dos utentes e maior vulnerabilidade ao *burnout*. Nas equipas, diminui a cooperação e a confiança e aumentam os conflitos. E a qualidade dos cuidados ressentem-se, porque cuidar exige presença, atenção e disponibilidade emocional.

“Falamos tanto em cuidar bem de quem mais necessita, mas depois esquecemos quem cuida. Falamos numa visão integral e esquecemo-la do lado do colaborador.”

Proteger esta dimensão não se faz com uma solução única. Lisete aponta práticas que cada pessoa pode adaptar à sua realidade, como momentos de reflexão, meditação ou oração, contacto com a natureza, exercício físico, relações significativas, formação contínua, gratidão, equilíbrio entre vida profissional e pessoal e a capacidade de recordar o que levou à escolha daquela profissão. Ao nível das equi-



pas, sublinha a importância de espaços de reflexão, apoio emocional e supervisão, capazes de ajudar a integrar experiências que inevitavelmente transformam quem cuida. Em Ponta Delgada, esta atenção concretiza-se também em momentos que retiram os colaboradores da pressão habitual: convívios, sessões de meditação ou *mindfulness*, massagens, formação e espaços de reflexão. Não são atividades periféricas ao cuidado. São parte das condições que permitem continuar a cuidar sem que a compaixão se transforme em desgaste.

A cultura enquanto dimensão do cuidado

O olhar do Ir. Bonifácio a partir de Timor-Leste acrescenta outra dimensão essencial: **a espiritualidade não pode ser compreendida fora da cultura**. Em muitas comunidades timorenses, a doença raramente é uma experiência apenas individual. A família alargada, os vizinhos e a comunidade aproximam-se para visitar, rezar, apoiar e participar nas decisões. A fé, a memória dos antepassados, o respeito pelos mais velhos e os rituais comunitários ajudam a dar significado à fragilidade, à recuperação e à morte.

“Cuidar, sofrer, recuperar e morrer são experiências vividas na relação com os outros, com Deus, com a cultura e com a comunidade”, explica. Esta perspetiva recorda que um modelo de acompanhamento espiritual não pode ser transportado de um contexto para outro como se todas as pessoas atribuíssem sentido através das mesmas palavras e símbolos.

Adaptar não significa abandonar a identidade ou relativizar tudo. **Significa começar pela escuta, perceber como aquela pessoa compreende a vida, a doença, o corpo, a família, o sagrado e a morte. Significa respeitar os seus rituais, os seus vínculos e também o seu silêncio.** Um acompanhamento que não reconhece a cultura pode tornar-se distante, incompreensível ou invasivo. Um cuidado que a integra torna-se mais próximo e capaz de oferecer conforto, sentido e paz.

Presença e escuta

O cuidado integral talvez revele a sua verdade mais profunda quando a técnica chega ao limite. O Ir. Bonifácio recorda uma

experiência simples: estar sentado junto dos utentes, sem pressa e sem a obrigação de encontrar palavras. No olhar, no sorriso, no silêncio e na presença. Foi aí que compreendeu que cuidar não é apenas realizar procedimentos, dar respostas ou resolver problemas. **“O silêncio, quando nasce do respeito e do amor, também pode ser uma resposta.”**

A espiritualidade não elimina a dor, não explica todas as perdas e não substitui o tratamento. Pode, contudo, impedir que a pessoa seja reduzida à sua doença. Pode ajudá-la a sentir que continua a pertencer, que a sua história importa, que os seus medos podem ser expressos, que a sua fé é respeitada e que, mesmo quando a cura já não é possível, continuam a ser possíveis o alívio, a reconciliação, a esperança, a dignidade e a presença.

É esta visão que une as diferentes formas de viver a espiritualidade no Instituto S. João de Deus. A espiritualidade está na oração e na celebração, mas também numa equipa que sabe encaminhar, num Centro sem comunidade de Irmãos que mantém vivo o carisma, num jovem que deixa de ver um diagnóstico e encontra uma pessoa, numa liderança que cria confiança e pertença, num profissional que reconhece a própria vulnerabilidade, numa família que acompanha, num gesto que respeita outra crença e na decisão de permanecer quando já não existem respostas.

Cuidar por inteiro não é acrescentar uma etapa espiritual a um plano clínico concluído. É transformar o modo de estar e escutar desde o início. É unir competência científica e presença humana. É tratar o corpo sem ignorar aquilo que dá sentido à vida. **É reconhecer que a Hospitalidade começa precisamente aí: quando a pessoa deixa de ser apenas doente, utente, residente, cuidador ou profissional e é vista na totalidade irrepetível daquilo que é.** ■



Arte com propósito

"A arte desempenha um papel importante no processo de reabilitação, promovendo a criatividade, a concentração, a expressão emocional e o bem-estar. Mais do que uma atividade, pode ser uma oportunidade para cada utente redescobrir o que gosta de fazer, recuperar a confiança nas suas capacidades e construir novos objetivos de vida. Porque reabilitar é também ajudar cada pessoa a reencontrar o seu propósito."

Centro Assistencial
ISJD-Lisboa

Pelos Caminhos de São João de Deus



Colaboradores e voluntários do ISJD-Telhal realizaram uma peregrinação a Granada, aprofundando o contacto com as raízes da Hospitalidade e a herança espiritual de São João de Deus. Esta experiência transformadora aliou formação e encontro humanitário, percorrendo lugares marcantes que reforçaram o sentido de missão: cuidar com compaixão e servir com dignidade. Entre

momentos de reflexão e convivência fraterna, renovou-se o compromisso de concretizar, no quotidiano, o legado vivo do Santo fundador da Ordem Hospitaleira. O regresso ao Telhal traz renovado foco na competência técnica aliada à proximidade humana, assegurando um cuidado verdadeiramente transformador face aos desafios do mundo atual.

XV Congresso de Psiquiatria

O ISJD-Telhal marcou presença no XV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus, destacando projetos criativos e científicos na área da saúde mental. Entre exposições,

apresentações e pósteres, evidenciou-se a criatividade como instrumento de cuidado, inovação e promoção do bem-estar.

Festa dos Povos

A Festa dos Povos encheu o Telhal de cor e alegria, celebrando a diversidade e a interculturalidade como expressões vivas da Hospitalidade. Entre trajes, música e dança, utentes e profissionais partilharam culturas num encontro vibrante e envolvente, marcado pela riqueza da diferença. Este evento reforçou que a inclusão social se constrói também no acolhimento, no encontro próximo e na escuta atenta, promovendo o bem-estar e a valorização de toda a comunidade do Telhal.

De Santiago de Compostela a Ovar

Um grupo de utentes participou em visitas a Santiago de Compostela e a Ovar, vivenciando experiências relevantes de inclusão social. Estas iniciativas de natureza cultural e recreativa promovem a autonomia e a participação ativa na comunidade, contribuindo para a construção de projetos de vida com maior significado e dignidade. Através do contacto com diferentes contextos e da convivência interpessoal, reforçaram-se competências sociais e o sentimento de pertença.

Unidade Renascer Reforça Cuidados em Saúde Mental



Foi inaugurada a unidade Renascer, com 40 camas destinadas a cuidados continuados em saúde mental, reforçando a resposta na área da saúde e o apoio especializado à comunidade. A cerimónia contou com a presença do Governo Regional e demais entidades, utentes, colaboradores e convidados, num momento de grande significado institucional. Este novo espaço, financiado pelo PRR, pretende promover o bem-estar, a dignidade e a recuperação, apostando numa abordagem humanizada e de proximidade. Um passo importante na melhoria contínua dos cuidados prestados e no compromisso com quem mais precisa, todos os dias.

Semana do Colaborador



A “Semana do Colaborador” juntou equipas em atividades cheias de energia e boa-disposição, como a aventura de paintball e o peddy paper hospitaleiro, reforçando o bem-estar e o espírito de união. Porque cuidar também passa por cuidar de quem cuida!

Muro da Solidariedade na Festa Da Flor

Rodeados de flores, cores e sorrisos, os utentes participaram no “Muro da Solidariedade”, integrado nas festividades da Festa da Flor, na Madeira. A iniciativa deu voz à criatividade, à partilha e ao espírito de entreajuda, transformando o espaço num verdadeiro símbolo de união e inclusão.



Abertura do Espetáculo do Desporto Escolar

Utentes e colaboradores participaram na abertura do espetáculo do Desporto Escolar, com uma atuação cheia de energia, criatividade e magia, composta de coreografias e momentos de grande impacto visual. Sob o tema “50 Anos da Autonomia da Madeira”, os participantes celebraram a história e a cultura da ilha num momento de talento e inclusão.



O Espírito Santo em São Rafael



A fé ultrapassa as circunstâncias e até as fragilidades humanas, unindo as pessoas em torno de um acontecimento. Foi isso que aconteceu na Coroação em honra do Divino Espírito Santo.

O mote foi o desejo de um utente internado, que guardava no coração uma promessa feita ao Divino.

A Instituição não ficou indiferente e abraçou o sonho daquele homem como um compromisso coletivo.

A Coroação realizou-se num ambiente de profunda emoção e respeito pela fé.

A presença da Filarmónica trouxe à celebração a beleza das tradições terceirenses, enchendo os espaços da Instituição com sons familiares que evocam memórias e identidade.

Como manda a tradição, houve também partilha à mesa.

As Sopas do Espírito Santo foram servidas a todos, num almoço de confraternização e num verdadeiro testemunho de comunhão.

Mais do que o cumprimento de uma promessa, revelou-se a missão da Instituição, que procura cuidar não apenas do corpo e da mente, mas também da dimensão espiritual de cada ser humano.

Formação Contínua



Formação contínua não é apenas uma estratégia organizacional. É colocar a pessoa no centro de todas as decisões, é cuidar com competência, proximidade, respeito e esperança. Porque cuidar bem exige conhecimento, mas também exige coração. E é na união destes dois elementos que se constrói uma verdadeira cultura de excelência ao serviço da saúde mental.

Cidadania sem Barreiras!



Cada beata recolhida em Angra foi mais do que um gesto ambiental. Foi um exemplo de cidadania, inclusão e compromisso com a Comunidade. Nós estivemos lá!

Comemoração do Dia da Família



A receção aos familiares (cerca de 300 pessoas) dos nossos utentes teve início no Fórum S. Bento Menni, com um momento de oração promovido pelo Superior da Comunidade de Irmãos, Ir. Irineu Gouveia, seguindo-se uma apresentação da instituição realizada pelo Diretor Luís Daniel Fernandes. Posteriormente, o Diretor-Adjunto, Marco Esteves, deu continuidade às comemorações, apresentando a Fanfarra de Carapeços. A Fanfarra conduziu as famílias às respetivas unidades dos seus familiares, local onde partilharam o almoço e desfrutaram de uma tarde repleta de atividades e convívio.

Boccia

Parabéns Campeões! Nos dias 11 e 12 de junho, decorreram as finais do Campeonato de Boccia Sénior – Município de Barcelos 2025/2026.

As equipas do ISJD alcançaram excelentes resultados:

Liga 1 – 1º Lugar | Liga 2 – 1º lugar | Liga adaptada

– perdemos nos quartos de final.

Parabéns a todos os atletas e técnicos pelo empenho, dedicação e excelentes resultados alcançados!



Encenação das Sete Palavras de Cristo na Cruz



Realizou-se a encenação das Sete Palavras de Cristo na Cruz, momento alto de profunda reflexão, interiorização e oração. Parabéns a todos os envolvidos que, com a Equipa da Pastoral e Animação, transmitiram o que aconteceu e o que acontece nos dias de hoje, principalmente por aqueles que, não escutando a voz “tudo está consumado”, se preocupam com o consumido, consumindo tudo e todos.

Em maio com MARIA e com todas as Mães!



No dia 4 de maio, comemorámos o dia das nossas Colaboradoras Hospitaleiras que também exercem o papel de Mães. Afinal, Cuidadoras, sempre! Porque sabemos que gostam de se Cuidar e porque nós também queremos o seu bem-estar, neste dia dedicado às Mães Hospitaleiras houve atendimentos individualizados, com vista à avaliação facial e sensibilização para os cuidados.

Festa em Honra do Divino Espírito Santo

As festividades em Honra do Divino Espírito Santo tiveram início em abril com as tradicionais Domingas, momentos de oração e reflexão dinamizados em cada unidade e serviço. A 28 de maio, foi inaugurado o Quarto do Divino Espírito Santo, que acolheu diariamente a recitação do terço, seguida de lanche-convívio e animação musical. No dia 1, realizou-se um almoço-convívio animado por Renato Medeiros, seguido, no dia 2, do tradicional Bodo de Leite, que este ano contou com a especial participação de duas turmas da Escola Prof. Doutor Alexandre Linhares Furtado. As celebrações culminaram a 3 de junho com a eucaristia e coroação, animada pela Folia do Divino Espírito Santo, seguidas de almoço festivo, com a tradicional Sopa do Espírito Santo, carne guisada, massa sovada e arroz doce. A festa incluiu ainda a comemoração dos aniversariantes de maio.



25º Aniversário Centro Ocupacional Ir. Brás



Celebrou-se, a 7 de abril, o 25.º Aniversário do Centro Ocupacional Ir. Brás, assinalado por um momento especial em que foi lançado à equipa o desafio de inverter papéis, permitindo que os utentes assumissem, com orgulho, a orientação das atividades que fazem parte do seu dia-a-dia. Seguiu-se um momento de convívio que reuniu todas as áreas ocupacionais, famílias e a equipa multidisciplinar num momento de partilha, proximidade e reforço dos laços que nos unem enquanto Família Hospitaleira. Este evento assinalou a importância do Centro no percurso terapêutico dos utentes.

Romaria Quaresmal



A Romaria Quaresmal aconteceu no dia 19 de março, Dia de S. José, e contou com a colaboração do Rancho de Romeiros da Fajã de Baixo, que saiu da instituição e percorreu algumas ruas da nossa freguesia, regressando ao ponto de partida. A Romaria terminou com Eucaristia animada pelo grupo de romeiros e almoço-convívio.

Celebrações Pascais



Apesar de já terem passado algumas semanas desde a celebração da Páscoa, permanece viva a recordação daquele que é considerado o acontecimento central da fé cristã: a Paixão, Morte e Ressurreição de Jesus Cristo. Para a Igreja Católica, a Páscoa representa a passagem da morte à vida e a vitória da Ressurreição, sendo este o momento culminante do ano litúrgico. Mais do que recordar acontecimentos históricos, os cristãos celebram a Vida Nova trazida por Cristo Ressuscitado. As celebrações pascais decorreram com a habitual participação de utentes, colaboradores, Irmãos e membros da comunidade envolvente.

Concerto da Paixão



No dia 28 de março, a Igreja do ISJD-Montemor-o-Novo acolheu o Concerto da Paixão, uma iniciativa promovida em colaboração com o Coral de S. Domingos, que proporcionou uma tarde de grande beleza musical e espiritualidade.

O concerto reuniu utentes, colaboradores, familiares, voluntários e membros da comunidade, que aceitaram o convite para partilhar um momento de reflexão, cultura e celebração, evocando o significado do período da Paixão através da música coral.

O Instituto S. João de Deus agradece ao Coral de S. Domingos, a todos os participantes e a quantos marcaram presença neste momento especial, tornando o Concerto da Paixão numa experiência memorável de partilha, arte e espiritualidade.

Família Hospitaleira no Teatro Politeama



A Família Hospitaleira participou numa atividade cultural que reuniu Irmãos, colaboradores, voluntários, antigos funcionários e benfeitores da comunidade local, num momento de convívio, partilha e proximidade. A iniciativa consistiu na ida ao espetáculo “O Grande Musical – Carmen Miranda”, em exibição no Teatro Politeama, proporcionando aos participantes uma experiência cultural marcante e uma oportunidade de fortalecer os laços que unem todos aqueles que fazem parte da missão hospitaleira.

Mais do que uma saída cultural, este encontro traduziu-se num momento de encontro e reconhecimento, valorizando a presença e o contributo de todos os que, de diferentes formas, continuam ligados à vida da Instituição.

Dia de S. José Operário

No âmbito das comemorações do Dia de S. José Operário, vivemos um dia muito especial, marcado pela união, pela partilha e pelo verdadeiro espírito comunitário. A manhã iniciou-se com a celebração da Eucaristia, vivida com grande participação e sentimento. Foi um momento de reflexão e gratidão, onde se destacou o valor do trabalho e o contributo diário de todas as pessoas que ajudam a construir e fortalecer a nossa comunidade. Seguiu-se um almoço-convívio repleto de boa disposição, partilha e momentos de alegria entre utentes e colaboradores. A tarde terminou da melhor forma, com o já aguardado jogo de futebol entre utentes e colaboradores. Entre entusiasmo, espírito de equipa e muitas gargalhadas, viveu-se um momento descontraído e divertido, onde o mais importante foi a participação, a convivência e a alegria de estarmos juntos.



Convívio de Encerramento da Equitação Terapêutica



No passado dia 22 de junho, realizou-se o convívio de encerramento da atividade de Equitação Terapêutica, promovido em conjunto pelo ISJD-Areias de Vilar e ISJD-Barcelos. Este momento assinalou o término de mais um ciclo de atividades, reunindo utentes das diferentes unidades, colaboradores e familiares num ambiente de grande proximidade, partilha e alegria, nas instalações do Centro Hípico do Norte. Ao longo do dia, houve oportunidade para celebrar o percurso realizado durante o ano, destacando-se a demonstração das competências e dos progressos alcançados pelos utentes através da prática da Equitação Terapêutica. Foi um momento de reconhecimento, valorizando o empenho, a dedicação e as conquistas de cada participante.

As tradições dos Santos Populares ganharam vida nas Unidades de Saúde de Melgaço e da Gelfa



As Unidades de Saúde de Melgaço e da Gelfa celebraram os Santos Populares com momentos de tradição, convívio e alegria. Em Melgaço, utentes, colaboradores e voluntários participaram na marcha popular, recital de quadras, música, dança e lanche-convívio, recriando o ambiente típico das festas populares. Na Gelfa, o Arraial Minhoto contou com a participação dos utentes da Gelfa, do Lar de Santa Rita e da Unidade de S. João de Ávila, enriquecido pela atuação do Rancho Folclórico das Lavradeiras de Vila Franca e por um tradicional almoço-convívio.



Aniversário do ISJD-Lisboa



Participação das EAPS no Congresso Mundial de Cuidados Paliativos



Dia de S. João de Ávila

O tradicional corte do bolo encerrou a festa, reforçando os laços de união e partilha da nossa comunidade.

Do Lado de Cá da Vida

Do lado de cá da vida,
onde o tempo escorre devagar pelas frestas
dos dias
e a pele começa a esquecer os seus contornos,

há um silêncio – um rumor antigo –
que pesa mais do que a palavra,
que sussurra pelas veias,
como se o corpo, cansado,
ainda guardasse em si
o eco longínquo das suas asas.

Aqui, entre a terra que nos chama pelo nome
e o céu que nos chama pelo silêncio,
há um corpo que se faz altar,
um coração que pulsa,
desejando o cais da partida
com a mesma ternura com que deseja
o cais da chegada.

Asas escondidas num murmúrio antigo,
vindo de dentro,
como se a alma, feita de poeira e luz,
reconhecesse, em segredo,
o caminho que nunca percorreu.

Neste lugar entre mundos,
as mãos que tocam são mais do que gesto,
são raízes que ainda nos prendem à terra,
são promessas de que fomos amados,
são âncoras lançadas ao céu.

Somos barro habitado de infinito,
Somos eco do divino...
O divino que nos sussurra em cada fibra,
oculto no tremor das mãos,
no suspiro que hesita,
no olhar que já vê para além da parede branca
do quarto.

Quem cuida, sabe.
Sabe que não cuida só da dor,
mas do voo contido,
da alma que se debate entre ficar e partir,
da presença divina que se agita dentro do corpo,
como ave em véspera de céu.

Segurar uma mão
é ser terra firme para quem já pisa nuvens,
é ser testemunho da travessia,
é ser ponte entre a lágrima e a terra prometida.

Do lado de cá da vida,
onde tudo se torna essencial,
entendemos, finalmente, que somos
poeira cósmica,
sede de eternidade.

Aprendemos a beleza do que não se vê,
o valor do que se sente,
a urgência de se ser inteiro...
mesmo na partida.

Do lado de cá da vida.

E se partirmos com alguém a segurar-nos a mão,
então talvez não haja fim;
apenas um regresso ao lugar
onde tudo começou.

Apenas asas que regressam
ao céu de onde vieram.

Um regresso.
Um regresso ao lar,
onde o Verbo se fez carne,
e a carne...
se fará de novo
luz.

Francisco Cruz

p. 52

Espiritualidade organizacional em contexto de saúde: um modelo conceptual integrativo sobre bem-estar profissional e humanização dos cuidados

Autora: Lisete Nunes

p. 59

Espiritualidade em saúde mental: da pessoa ao cuidado, uma ponte para a prática

Autor: Tiago Casaleiro

p. 63

A espiritualidade em saúde: clínicos e construtores de sentido

Autora: Sílvia Caldeira

Espiritualidade organizacional em contexto de saúde: um modelo conceitual integrativo sobre bem-estar profissional e humanização dos cuidados

Autora: Lisete Nunes¹

¹ – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Casa de Saúde S. João de Deus – Funchal

Resumo

A espiritualidade organizacional tem emergido como um conceito relevante para a compreensão do bem-estar dos profissionais de saúde e da humanização dos cuidados, sendo entendida como a experiência de significado no trabalho, sentimento de pertença, alinhamento de valores e reconhecimento da dignidade humana no contexto organizacional. O presente artigo teve como objetivo analisar a evidência científica disponível sobre a espiritualidade organizacional em contexto de saúde e propor um modelo conceitual integrador que relacione os fatores organizacionais, os mecanismos psicossociais e os resultados individuais e organizacionais. Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, incluindo estudos publicados entre 2000 e 2025, pesquisados nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete e Google Scholar. A análise temática permitiu identificar cinco dimensões centrais: sentido e propósito no trabalho, pertença organizacional, alinhamento de valores, liderança humanizada e reconhecimento profissional. Os resultados sugerem que a espiritualidade organizacional se associa positivamente ao engagement, à motivação intrínseca, à resiliência psicológica e à segurança psicológica, contribuindo para menores níveis de burnout, maior satisfação profissional, retenção de profissionais e melhoria da qualidade relacional dos cuidados. Com base na evidência analisada, é proposto um modelo conceitual no qual a espiritualidade organizacional atua como mecanismo mediador entre os antecedentes organizacionais e os resultados em saúde ocupacional e qualidade assistencial. Conclui-se que a promoção de ambientes organizacionais que favoreçam significado, pertença e coerência de valores pode constituir uma estratégia complementar relevante para o fortalecimento do bem-estar dos profissionais e da humanização dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: espiritualidade organizacional, profissionais de saúde, bem-estar, humanização dos cuidados, *burnout*, *engagement*, liderança humanizada.

Abstract

Organizational spirituality has emerged as a relevant concept

for understanding healthcare professionals' well-being and the humanization of care, being understood as the experience of meaning at work, a sense of belonging, alignment of values, and recognition of human dignity within the organizational context. This article aimed to analyze the available scientific evidence on organizational spirituality in healthcare settings and to propose an integrative conceptual model linking organizational factors, psychosocial mechanisms, and individual and organizational outcomes. An integrative literature review was conducted, including studies published between 2000 and 2025, retrieved from PubMed, CINAHL Complete, and Google Scholar. Thematic analysis identified five central dimensions: meaning and purpose at work, organizational belonging, alignment of values, humanized leadership, and professional recognition. Results suggest that organizational spirituality is positively associated with engagement, intrinsic motivation, psychological resilience, and psychological safety, contributing to lower levels of burnout, higher job satisfaction, staff retention, and improved relational quality of care. Based on the analyzed evidence, a conceptual model is proposed in which organizational spirituality acts as a mediating mechanism between organizational antecedents and outcomes in occupational health and quality of care. It is concluded that promoting organizational environments that foster meaning, belonging, and value coherence may represent a relevant complementary strategy to strengthen professionals' well-being and the humanization of health-care.

Keywords: organizational spirituality, healthcare professionals, well-being, humanization of care, burnout, engagement, humanized leadership.

1. Introdução

Os sistemas de saúde contemporâneos encontram-se sob crescente pressão estrutural, operacional e humana, marcada por escassez de recursos humanos, aumento da complexidade clínica e níveis persistentemente elevados de *burnout* entre os profissionais de saúde. A literatura tem vindo a demonstrar que estas dinâmicas não se limitam a fatores individuais, mas refletem desequilíbrios organizacionais sis-

têmicos que afetam diretamente a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados (World Health Organization, 2022; Hartung et al., 2025).

Paralelamente, tem emergido na literatura de gestão e comportamento organizacional o conceito de espiritualidade organizacional, entendido não em termos religiosos, mas como a experiência de significado no trabalho, sentimento de pertença, alinhamento de valores e reconhecimento da dignidade humana no contexto laboral. Ashmos e Duchon (2000) foram pioneiros na conceptualização deste constructo, ao integrarem dimensões intrínsecas da experiência humana no trabalho, enquanto Milliman et al. (2003) demonstraram empiricamente a sua associação com atitudes laborais positivas, nomeadamente maior satisfação e compromisso organizacional.

A investigação subsequente tem reforçado a relevância deste constructo no domínio da saúde ocupacional. Dal Corso et al. (2020) evidenciaram que perfis de espiritualidade organizacional estão associados a menor *burnout* e maior bem-estar psicológico, incluindo maior resiliência e *engagement* (envolvimento positivo no trabalho). De forma convergente, Chirico et al. (2023), numa revisão sistemática com mais de 8.000 profissionais de saúde, identificaram associações consistentes entre bem-estar espiritual e menor exaustão emocional, embora sublinhem a heterogeneidade metodológica dos estudos existentes.

No domínio da liderança, Fry (2003) propôs a teoria da liderança espiritual, argumentando que elementos como visão, esperança e amor altruísta promovem motivação intrínseca e compromisso organizacional sustentável. Estudos mais recentes têm vindo a deslocar este enfoque para modelos de liderança centrada no bem-estar, evidenciando impacto positivo na redução do *burnout* e na retenção de profissionais em contextos de saúde (Hartung et al., 2025).

Apesar destes avanços, a literatura permanece fragmentada, carecendo de um modelo integrador que articule de forma sistemática os antecedentes organizacionais, os mecanismos psicológicos e os resultados ao nível do bem-estar e da qualidade dos cuidados. É neste enquadramento que se insere o presente estudo, o qual visa realizar uma revisão integrativa da literatura e propor um modelo conceptual da espiritualidade organizacional aplicado aos serviços de saúde.

2. Metodologia

Este estudo consiste numa revisão integrativa da literatura, metodologia que permite a síntese e integração de evidência proveniente de diferentes tipos de investigação, incluindo estudos quantitativos, qualitativos e revisões teóricas. Esta abordagem é particularmente adequada para a análise de fenómenos complexos, multidimensionais e ainda em fase de consolidação conceptual, como é o caso da espiritualidade organizacional. De acordo com Whittemore e Knafl (2005), a revisão integrativa distingue-se por possibilitar não apenas a sumarização do conhecimento existente, mas também a identificação de lacunas teóricas, inconsistências conceptuais e direções futuras de investigação, contribuindo assim para o desenvolvimento de novos modelos explicativos mais abrangentes e integrados.

A questão de investigação que orientou este estudo foi definida do seguinte modo: de que forma a espiritualidade organizacional influencia o bem-estar dos profissionais de saúde e a humanização dos cuidados? Esta questão decorre da crescente preocupação com os fatores psicossociais que influenciam a qualidade dos cuidados em saúde e o bem-estar dos profissionais, particularmente em contextos marcados por elevada exigência emocional, escassez de recursos e pressão assistencial contínua. Neste sentido, procurou-se compreender de que forma dimensões organizacionais de natureza simbólica, relacional e experiencial podem contribuir para a melhoria dos resultados individuais e organizacionais em contextos clínicos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete (accedida através da plataforma EBSCOhost) e Google Scholar, por serem fontes reconhecidas pela sua relevância e abrangência na área da saúde. A utilização destas bases permitiu identificar estudos científicos pertinentes para responder à questão de investigação, garantindo o acesso a evidência científica atual e de qualidade. A estratégia de pesquisa foi construída com recurso a combinações de descritores e operadores booleanos, incluindo os termos *organizational spirituality*, *workplace spirituality*, *burnout*, *well-being*, *spiritual leadership* e *humanized care*, permitindo abranger tanto a literatura diretamente centrada no constructo, como estudos correlatos no domínio do comportamento organizacional, da psicologia do trabalho e da gestão em saúde.

Foram considerados elegíveis estudos publicados entre 2000 e 2025, de forma a abranger o desenvolvimento contemporâneo do conceito e a sua evolução nas últimas décadas. Foram incluídos artigos publicados em inglês e português, desde que abordassem explicitamente a espiritualidade organizacional ou dimensões conceptualmente próximas no contexto dos serviços de saúde ou em organizações com elevada relevância para este setor, como instituições de cuidados continuados, hospitais, organizações de serviços humanos e contextos clínicos ou assistenciais. Foram excluídos estudos de natureza exclusivamente religiosa, sem enquadramento científico ou empírico, bem como publicações sem revisão por pares ou sem fundamentação metodológica clara, de forma a assegurar a qualidade e o rigor da evidência analisada.

O processo de seleção dos estudos seguiu uma lógica progressiva de identificação, triagem e elegibilidade, com leitura inicial de títulos e resumos, seguida de análise integral dos artigos potencialmente relevantes. Este procedimento permitiu assegurar a pertinência dos estudos incluídos e a sua adequação à questão de investigação definida, garantindo simultaneamente a diversidade metodológica e a representatividade conceptual da amostra final de literatura analisada.

A análise dos dados seguiu uma abordagem temática, conforme proposto por Braun e Clarke (2006), sendo utilizada uma estratégia indutiva e iterativa de codificação, permitindo a identificação, organização e interpretação de padrões recorrentes na literatura. Este processo envolveu várias leituras sucessivas do conjunto de fontes documentais, a identificação de unidades de significado e a sua posterior agregação em categorias temáticas mais amplas, assegurando a coerência interna e a consistência conceptual dos temas emergentes.

Da análise realizada, emergiram cinco dimensões centrais que estruturam a evidência existente sobre a espiritualidade organizacional em contextos de saúde. A primeira dimensão refere-se ao sentido e propósito no trabalho, traduzido na percepção de que as atividades profissionais possuem valor, significado e contribuição para algo maior do que o indivíduo. A segunda dimensão diz respeito ao sentimento de pertença organizacional, associado à percepção de integração numa comunidade de trabalho baseada em relações de apoio, confiança e colaboração. A terceira dimensão corresponde ao alinhamento de valores, que reflete a congruência entre os valores pessoais dos profissionais e os valores ins-

titucionais das organizações de saúde. A quarta dimensão refere-se à liderança humanizada, caracterizada por estilos de liderança baseados na empatia, reconhecimento, ética e orientação para o desenvolvimento humano. Finalmente, a quinta dimensão corresponde ao reconhecimento profissional, entendido como a percepção de valorização do trabalho realizado, tanto em termos simbólicos como institucionais, sendo particularmente relevante em contextos de elevada exigência emocional.

Estas dimensões emergem de forma consistente ao longo da literatura analisada, ainda que com diferentes designações concetuais e enquadramentos teóricos, sugerindo a existência de um núcleo comum subjacente ao fenómeno da espiritualidade organizacional em contextos de saúde. Em conjunto, estas categorias permitem compreender de forma mais integrada como os profissionais atribuem significado ao seu trabalho e como esse significado influencia os seus estados psicológicos, comportamentos profissionais e percepções de qualidade dos cuidados prestados.

3. Resultados e discussão

Os resultados desta revisão integrativa sugerem que a espiritualidade organizacional constitui um constructo psicossocial relevante na compreensão do bem-estar dos profissionais de saúde e da qualidade dos cuidados prestados. A literatura analisada converge no reconhecimento de que dimensões como o significado no trabalho, o sentimento de pertença organizacional, o alinhamento de valores e o reconhecimento profissional se associam de forma consistente a indicadores positivos de saúde ocupacional, nomeadamente maiores níveis de engagement, maior satisfação profissional e menores níveis de burnout. Ainda assim, a análise crítica da evidência revela que este campo de investigação se encontra numa fase de consolidação teórica, marcada por heterogeneidade conceptual, diversidade metodológica e ausência de consenso operacional.

Verifica-se, em primeiro lugar, que a espiritualidade organizacional é frequentemente conceptualizada de forma parcialmente sobreposta a outros constructos amplamente estudados na literatura de comportamento organizacional, como o envolvimento no trabalho, a cultura organizacional positiva, o capital psicológico ou a liderança transformacional. Esta sobreposição conceptual levanta desafios relevantes ao nível da delimitação teórica, uma vez que dificulta a distinção empírica entre constructos e pode conduzir à sua

diluição analítica. Os trabalhos pioneiros de Milliman, Czaplewski e Ferguson (2003) e Duchon e Plowman (2005) já evidenciavam a forte interdependência entre espiritualidade no trabalho e dimensões como significado e comunidade, sugerindo que se trata de um fenómeno experiencial e integrador mais do que de um constructo isolado. Esta perspectiva é reforçada por evidência posterior que demonstra associações elevadas entre espiritualidade organizacional e engagement, particularmente em contextos de elevada exigência emocional, como os serviços de saúde.

Em segundo lugar, a evidência empírica disponível é predominantemente transversal e correlacional, o que limita a possibilidade de estabelecer relações causais entre espiritualidade organizacional e resultados em saúde ocupacional. Embora estudos como os de Dal Corso et al. (2020) indiquem associações negativas entre espiritualidade organizacional e *burnout* em profissionais de saúde, e Chirico et al. (2023) reforcem a sua associação positiva com o bem-estar psicológico e a redução de stress ocupacional, permanece escassa a evidência longitudinal robusta. Acresce que a ausência de estudos experimentais ou quase-experimentais limita a compreensão do impacto de eventuais intervenções organizacionais orientadas para este domínio. Neste enquadramento, modelos explicativos do stress ocupacional, como o Job Demands-Resources Model (Bakker e Demerouti, 2007), têm sido úteis para compreender a forma como os recursos organizacionais influenciam o bem-estar, embora ainda não integrem de forma sistemática a dimensão espiritual ou experiencial do trabalho enquanto recurso psicossocial específico.

A literatura permite igualmente identificar um risco conceptual relevante, associado à possibilidade de utilização instrumental de discursos centrados em propósito, significado e valores, sem correspondência efetiva em alterações estruturais das condições de trabalho. Este fenómeno pode conduzir a formas de apropriação simbólica da linguagem do bem-estar, nas quais a ênfase em dimensões espirituais do trabalho coexiste com contextos marcados por elevada carga laboral, escassez de recursos e pressões assistenciais intensas. Tal dinâmica pode deslocar a responsabilidade do sofrimento laboral para o indivíduo, em detrimento de uma leitura organizacional e estrutural dos fatores de risco psicossocial, fenómeno que já tem sido criticamente discutido na literatura sobre culturas organizacionais positivas.

Apesar destas limitações, a literatura analisada evidencia um conjunto relativamente consistente de dimensões que

parecem estruturar a experiência subjetiva do trabalho em saúde, nomeadamente o significado atribuído às atividades profissionais, o sentimento de pertença a uma comunidade organizacional, o alinhamento entre valores pessoais e institucionais e a perceção de reconhecimento e valorização profissional. Estas dimensões emergem como elementos centrais na forma como os profissionais interpretam o seu contexto laboral e constroem a sua ligação psicológica à organização.

A partir deste conjunto de evidências, torna-se possível compreender que estas dimensões não atuam de forma isolada, mas antes através de processos psicológicos intermédios que traduzem a forma como a experiência organizacional é internalizada e vivida. Neste sentido, o engagement no trabalho, a motivação intrínseca, a resiliência psicológica e a segurança psicológica surgem como mecanismos particularmente relevantes, na medida em que explicam como contextos organizacionais distintos se traduzem em diferentes estados motivacionais e emocionais. Esta leitura é consistente com enquadramentos teóricos consolidados, nomeadamente o Job Demands-Resources Model, que enfatiza o papel dos recursos organizacionais na promoção de estados motivacionais positivos e na mitigação do impacto das exigências laborais.

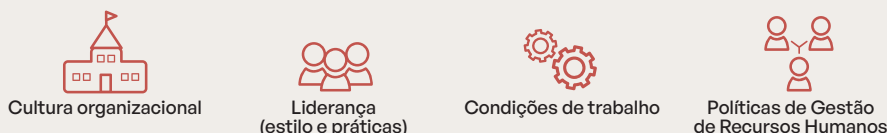
A articulação entre estes diferentes níveis de análise permite compreender uma lógica relacional em que as condições organizacionais estruturais influenciam o significado atribuído ao trabalho, sendo esse significado posteriormente traduzido em estados psicológicos que condicionam o bem-estar e os comportamentos profissionais. Neste enquadramento, elementos como a cultura organizacional, a liderança, as condições de trabalho e as políticas de gestão de recursos humanos desempenham um papel estruturante na configuração da experiência profissional dos colaboradores, influenciando o significado que atribuem ao seu trabalho e à organização onde exercem funções.

Deste modo, a evidência disponível aponta para uma leitura integradora do fenómeno, na qual a experiência subjetiva do trabalho emerge como elemento central na explicação dos resultados em saúde ocupacional e desempenho organizacional. Esta perspectiva permite ultrapassar abordagens fragmentadas, ao articular dimensões estruturais, relacionais e psicológicas num quadro explicativo contínuo, em que o contexto organizacional molda o significado atribuído ao trabalho e, através dele, os estados motivacionais e os resultados observáveis.

Nível 1 Contexto estrutural (exógeno)

Fatores organizacionais estruturais que criam o ambiente para a experiência de espiritualidade.

ANTECEDENTES ORGANIZACIONAIS (CONTEXTO ESTRUTURAL)



Nível 2 Espiritualidade organizacional (mediador central)

Dimensões centrais da espiritualidade no trabalho, vivenciadas pelos profissionais.

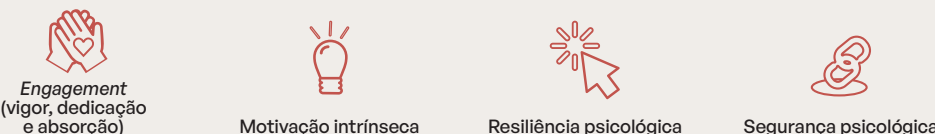
ESPIRITUALIDADE ORGANIZACIONAL (NÚCLEO)



Nível 3 Mecanismos psicológicos (mediação proximal)

Processos psicológicos ativados pela espiritualidade organizacional que explicam os seus efeitos.

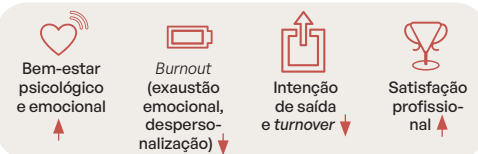
MECANISMOS PSICOLÓGICOS (PROCESSOS INTERMÉDIOS)



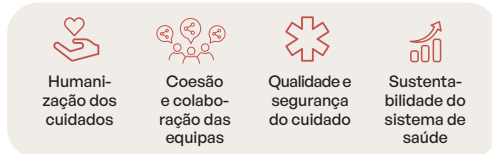
Nível 4 Resultados (finais)

Impactos ao nível dos profissionais e da organização/cuidados prestados.

RESULTADOS AO NÍVEL DOS PROFISSIONAIS



RESULTADOS ORGANIZACIONAIS E CLÍNICOS



IMPACTOS GLOBAIS

- Para os profissionais**
- Melhor saúde mental
 - Maior sentido de realização
 - Estabilidade profissional
 - Crescimento pessoal
 - Qualidade de vida no trabalho
- Para a organização e os cuidados**
- Cuidados mais humanizados
 - Maior satisfação dos utentes
 - Melhoria de resultados clínicos
 - Reputação organizacional
 - Eficiência e sustentabilidade

Notas do modelo

- Relações de influência direta
- > Relação de feedback / influência recíproca
- ↑ Impacto positivo
- ↓ Impacto negativo

FEEDBACK CONTÍNUO

Aprendizagem organizacional e melhoria contínua do contexto

Em síntese, apesar das limitações metodológicas e conceituais identificadas, a evidência sugere que a espiritualidade organizacional, entendida enquanto experiência de significado, pertença e alinhamento de valores, constitui um eixo estruturante na relação entre contexto organizacional e resultados em saúde. A sua compreensão enquanto fenómeno mediador entre condições estruturais e experiências psicológicas permite uma leitura mais sistémica das dinâmicas organizacionais em saúde, reforçando a importância de abordagens futuras que integrem múltiplos níveis de análise e privilegiem metodologias longitudinais e multinível.

4. Modelo conceptual

Com base na literatura analisada, propõe-se um modelo conceptual integrado que articula fatores organizacionais, mecanismos psicossociais e resultados ao nível individual e organizacional no contexto dos serviços de saúde. Este modelo parte do pressuposto de que o bem-estar dos profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados não podem ser compreendidos a partir de variáveis isoladas ou exclusivamente individuais, mas resultam antes de uma interação complexa e dinâmica entre condições estruturais, experiên-

cias subjetivas de trabalho e dinâmicas relacionais que se desenvolvem no interior das organizações. Assim, adota-se uma perspetiva sistémica e multinível, segundo a qual os fenómenos organizacionais emergem da interdependência entre diferentes camadas de influência que se articulam entre si ao longo do tempo.

No nível mais distal do modelo, situam-se os antecedentes organizacionais, que incluem a cultura organizacional, os estilos de liderança, as condições de trabalho e as políticas de gestão de recursos humanos. Estes elementos constituem o enquadramento estrutural e normativo no qual o trabalho em saúde é desenvolvido, influenciando de forma decisiva a forma como os profissionais interpretam e experienciam o seu contexto laboral. A cultura organizacional, enquanto sistema de valores, normas e crenças partilhadas, desempenha um papel central na definição do clima psicológico das instituições de saúde, podendo promover ambientes colaborativos, seguros e orientados para a aprendizagem ou, em alternativa, contextos marcados por fragmentação, pressão excessiva e baixos níveis de apoio interpessoal. De forma complementar, a liderança constitui um fator crítico, destacando-se os estilos de liderança transformacional,

autêntica e servidora, que tendem a promover a confiança, o reconhecimento, a motivação e o desenvolvimento profissional, influenciando diretamente a percepção de suporte organizacional e de justiça interna. As condições de trabalho, por sua vez, abrangem dimensões como carga laboral, disponibilidade de recursos, organização dos turnos, estabilidade contratual e adequação dos recursos humanos, fatores estes que têm sido consistentemente associados ao stress ocupacional e ao risco de *burnout* em contextos clínicos. Por fim, as políticas de gestão de recursos humanos, incluindo práticas de avaliação, progressão, reconhecimento e desenvolvimento profissional, contribuem para a percepção de valorização e equidade, assumindo um papel determinante na construção do vínculo entre o profissional e a organização.

Estes antecedentes organizacionais influenciam o desenvolvimento de um constructo central no modelo, designado por espiritualidade organizacional, que constitui o núcleo mediador da relação entre o contexto estrutural e os resultados. Importa salientar que este conceito não deve ser entendido num sentido religioso, mas antes como uma dimensão psicológica e relacional que reflete a forma como os profissionais atribuem significado ao seu trabalho e se relacionam com a organização. A espiritualidade organizacional integra a percepção de sentido no trabalho, o sentimento de pertença a uma comunidade organizacional, o alinhamento entre valores pessoais e institucionais, o reconhecimento da dignidade profissional e a percepção de uma liderança orientada por propósito e compaixão. Neste sentido, trata-se de um fenómeno emergente que resulta da interação entre as condições objetivas do trabalho e a experiência subjetiva dos indivíduos, constituindo uma dimensão central da experiência organizacional que molda a forma como o trabalho é percecionado e vivido.

A espiritualidade organizacional exerce, por sua vez, influência sobre um conjunto de mecanismos psicológicos intermédios que explicam a forma como os profissionais processam a sua experiência laboral e respondem às exigências do contexto. Entre estes mecanismos, destacam-se o engagement no trabalho, a motivação intrínseca, a resiliência psicológica e a segurança psicológica. O engagement traduz-se em elevados níveis de energia, dedicação e absorção nas atividades profissionais, refletindo um estado positivo e persistente de envolvimento com o trabalho. A motivação intrínseca refere-se à realização das tarefas com base no significado e interesse inerente às mesmas, sendo

fortemente impulsionada pela percepção de propósito e alinhamento de valores. A resiliência psicológica representa a capacidade de adaptação positiva perante situações de stress, adversidade ou exigência emocional, sendo particularmente relevante em contextos de saúde marcados por elevada complexidade e pressão assistencial. A segurança psicológica, por seu lado, diz respeito à percepção de que os indivíduos podem expressar opiniões, dúvidas e erros sem receio de punição ou humilhação, constituindo um fator essencial para o funcionamento eficaz das equipas multidisciplinares.

Através destes mecanismos, o modelo conduz a um conjunto de resultados que se manifestam tanto ao nível individual como organizacional. Ao nível dos profissionais de saúde, espera-se uma melhoria do bem-estar psicológico, uma redução dos níveis de burnout, particularmente na dimensão da exaustão emocional, bem como uma diminuição da intenção de saída da organização, contribuindo para maior estabilidade e retenção de recursos humanos. Adicionalmente, estes profissionais tendem a apresentar maior satisfação profissional, maior compromisso organizacional e uma melhor capacidade de equilíbrio entre as exigências do trabalho e a vida pessoal. Ao nível organizacional e assistencial, os efeitos traduzem-se numa melhoria da coesão e funcionamento das equipas, no reforço da qualidade relacional dos cuidados prestados, no aumento da humanização das práticas clínicas, na melhoria da comunicação interprofissional e na promoção de ambientes de trabalho mais colaborativos e sustentáveis. Estes resultados têm particular relevância em contextos de saúde, uma vez que a qualidade das interações humanas constitui um elemento central da prestação de cuidados.

Desta forma, o modelo conceptual proposto sugere que a espiritualidade organizacional desempenha um papel mediador central entre os fatores estruturais da organização e os resultados em saúde ocupacional e qualidade dos cuidados. Ao integrar contributos da literatura sobre comportamento organizacional, psicologia do trabalho, liderança e espiritualidade no contexto laboral, este modelo permite uma compreensão mais abrangente e sistémica das organizações de saúde, evidenciando a importância das dimensões subjetivas e relacionais na explicação de fenómenos organizacionais complexos. Em particular, o modelo destaca que não são apenas os recursos materiais ou as estruturas formais que determinam os resultados, mas também o significado que os profissionais atribuem ao seu trabalho, a

forma como o vivenciam e as relações que estabelecem no contexto organizacional.

Em síntese, este enquadramento conceptual propõe que ambientes organizacionais caracterizados por culturas positivas, liderança eficaz e condições de trabalho adequadas favorecem o desenvolvimento da espiritualidade organizacional, a qual, por sua vez, potencia mecanismos psicológicos adaptativos que conduzem a melhores resultados individuais e organizacionais. Esta perspetiva reforça a importância de intervenções organizacionais que não se limitem à dimensão técnica ou estrutural, mas que integrem igualmente a promoção de significado, pertença e valores partilhados, especialmente em contextos de elevada exigência como os serviços de saúde.

Modelo conceptual da espiritualidade organizacional em contexto de saúde

5. Conclusão

A espiritualidade organizacional afirma-se como um constructo emergente e relevante na compreensão dos fenómenos organizacionais em saúde, particularmente no que se refere ao bem-estar dos profissionais e à humanização dos cuidados. A presente revisão integrativa evidencia que dimensões como o sentido do trabalho, o sentimento de pertença, o alinhamento de valores, o reconhecimento profissional e a liderança humanizada constituem elementos centrais de uma experiência organizacional espiritualmente saudável, associando-se de forma consistente à redução do burnout e à promoção do engagement, da resiliência psicológica e da satisfação profissional.

Os resultados analisados sugerem que a espiritualidade organizacional opera como um mecanismo psicossocial de natureza mediadora entre os fatores estruturais da organização e os resultados em saúde ocupacional e qualidade dos cuidados. Esta mediação ocorre através da forma como os profissionais atribuem significado ao seu trabalho, constroem a sua ligação à organização e desenvolvem estados motivacionais e emocionais positivos no contexto laboral. Todavia, importa salientar que a evidência disponível permanece maioritariamente de natureza transversal e correlacional, o que limita a inferência de relações causais e reforça a necessidade de estudos longitudinais, bem como de investigações experimentais ou quase-experimentais que permitam avaliar o impacto de intervenções organizacionais neste domínio.

Adicionalmente, a literatura analisada sugere que a espiri-

tualidade organizacional deve ser compreendida como uma abordagem inclusiva, desvinculada de qualquer religião ou credo, centrada na dignidade humana, no respeito pela diversidade de valores e na promoção de ambientes de trabalho psicologicamente seguros. Neste sentido, não substitui políticas estruturais de gestão de recursos humanos, nem intervenções sobre condições objetivas de trabalho, mas pode funcionar como um eixo complementar relevante na promoção da sustentabilidade organizacional e do bem-estar profissional.

Importa ainda considerar que a sua implementação deve evitar apropriações instrumentais que reduzam este constructo a um discurso de bem-estar desvinculado de mudanças organizacionais efetivas. A literatura alerta para o risco de uma utilização superficial de conceitos associados ao significado e propósito no trabalho, sem correspondência em práticas estruturais consistentes, o que pode deslocar a responsabilidade do sofrimento ocupacional para o indivíduo, em detrimento de uma abordagem organizacional mais ampla e sistémica.

Conclui-se, assim, que organizações de saúde espiritualmente saudáveis são aquelas que conseguem traduzir os seus valores institucionais em práticas concretas de liderança, reconhecimento, comunicação e cuidado dos seus profissionais. Esta coerência entre valores declarados e práticas organizacionais efetivas parece constituir um fator central na promoção simultânea do bem-estar dos profissionais e da qualidade relacional dos cuidados prestados, reforçando a importância de uma abordagem integrada, que articule dimensões estruturais, relacionais e subjetivas do trabalho em saúde. ■

Referências bibliográficas

- Ashmos, D. P., & Duchon, D. (2000). Spirituality at work: A conceptualization and measure. *Journal of Management Inquiry*, 9(2), 134–145. <https://doi.org/10.1177/1056492600092008>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chirico, F., Batra, K., Batra, R., et al. (2023). Spiritual well-being and burnout syndrome in healthcare: A systematic review. *Journal of Health and Social Sciences*, 8(1), 13–32. <https://doi.org/10.19204/2023/sprt2>
- Dal Corso, L., De Carlo, A., Carluccio, F., Colledani, D., & Falco, A. (2020). Employee burnout and positive dimensions of well-being. *PLOS ONE*, 15(11), e0242267. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242267>

Espiritualidade em saúde mental: da pessoa ao cuidado, uma ponte para a prática

Autor: **Tiago Casaleiro**

1 – Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias – Grupo Autónoma; Investigador colaborador no Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

Resumo

Objetivos: refletir sobre o lugar da espiritualidade nos cuidados de saúde mental, articulando as perspetivas da pessoa com doença mental, do familiar cuidador e do profissional de saúde, e lançar pontes concretas para a prática clínica, em diálogo com os valores da Hospitalidade.

Métodos: revisão narrativa da literatura sobre espiritualidade e saúde mental, articulada com elementos práticos decorrentes da experiência de investigação e de prática clínica no acompanhamento de pessoas com doença mental grave e dos seus familiares cuidadores.

Resultados: a espiritualidade emerge como dimensão transversal à experiência de doença mental, tanto para quem a vive como para quem cuida, mas permanece frequentemente implícita ou silenciada nas equipas de saúde, por receio de erro, intrusão ou por ausência de formação. O cuidado espiritual em enfermagem organiza-se em torno da avaliação, da presença, da colaboração e do diagnóstico, sustentado por princípios éticos de respeito e verdade, e não se esgota numa competência exclusivamente de enfermagem, o que convida a um exercício multidisciplinar.

Conclusão: a espiritualidade em saúde mental não pode reduzir-se a um item de avaliação a assinalar. É uma abordagem total da pessoa, coerente com o carisma da Hospitalidade, que exige presença, escuta e disponibilidade de toda a equipa que cuida.

Palavras-chave: espiritualidade, saúde mental, cuidador familiar, cuidado espiritual, Hospitalidade.

Abstract

Objectives: to reflect on the place of spirituality in mental health care, articulating the perspectives of the person with mental illness, the family caregiver and the health professional, and to build concrete bridges to clinical practice, in dialogue with the values of Hospitality.

Methods: narrative literature review on spirituality and mental health, articulated with practical elements drawn from the research and clinical experience in supporting people with severe mental illness and their family caregivers.

Results: spirituality emerges as a transversal dimension of

the experience of mental illness, both for those who live it and for those who care for them, yet it remains frequently implicit or silenced within care teams, out of fear of intrusiveness or lack of training. Spiritual care in nursing is organised around assessment, diagnosis, presence and collaboration, sustained by ethical principles of respect and truthfulness, and is not confined to a nursing-exclusive competence, but rather calls for a multidisciplinary exercise.

Conclusion: spirituality in mental health cannot be reduced to a box to tick. It is a total approach to the person, coherent with the charism of Hospitality, requiring presence, listening and availability from the whole caring team.

Keywords: spirituality, mental health, family caregiver, spiritual care, Hospitality.

1. Espiritualidade em saúde mental

A espiritualidade tem sido definida, através de uma análise conceptual evolutiva sobre a literatura teórica e empírica em enfermagem, por três atributos que lhe são próprios, a conexão, a transcendência e o sentido de vida (Weathers et al., 2016). A conexão traduz-se na relação da pessoa consigo mesma, com os outros, com a natureza e, para muitos, com um poder superior ou com o sagrado. A transcendência remete para a capacidade de ir além do que se percebe e do material, integrando a experiência presente numa perspetiva mais ampla da existência. O sentido de vida decorre da forma como cada pessoa interpreta e atribui significado ao que vive, incluindo à doença e ao sofrimento. Esta definição de espiritualidade distingue-se da religião, que se entende como uma prática organizada em torno de crenças partilhadas e práticas rituais individuais ou coletivas, pressupondo a existência de uma entidade superior. Uma revisão sistemática recente identificou vinte e quatro definições distintas de espiritualidade na literatura, organizadas em três eixos que se articulam entre si, as crenças, práticas e experiências que constituem o ponto de partida, os conceitos que a espiritualidade convoca, como o sagrado, o divino, o self, a comunidade ou a natureza, e os resultados que produz, entre os quais o sentido de vida, o bem-estar, a paz interior e o suporte percebido (Brito

Sena et al., 2021).

Em saúde mental, esta dimensão adquire um relevo particular. Por um lado, começa a existir evidência de correlatos neurobiológicos da espiritualidade e da religiosidade, incluindo alterações na espessura cortical e na substância branca associadas a um efeito protetor face à sintomatologia depressiva, e um menor craving de álcool associado a práticas como a oração (Rosmarin et al., 2022). Por outro lado, e mais determinante para a prática clínica, a espiritualidade constitui um recurso de sentido para quem vive a experiência de doença mental e para quem cuida de um familiar nessa condição. Reconhecer esta dupla evidência, biológica e existencial, é o primeiro passo para que a espiritualidade deixe de ser tratada como assunto acessório nos cuidados de saúde mental.

2. A pessoa com doença mental: a espiritualidade como território próprio

Uma revisão sistemática de estudos qualitativos sobre a vivência da espiritualidade em pessoas com dificuldades de saúde mental identificou seis áreas temáticas centrais, num acrónimo sugestivo - MISTIC: a atribuição de sentido, a identidade, a prestação de cuidados espirituais, a abertura para falar sobre o tema, a interação da espiritualidade com os sintomas e o coping, este último desdobrado em práticas espirituais, relação com o sagrado, conflitos espirituais e prevenção do suicídio (Milner et al., 2020). A questão do *coping* merece destaque, uma vez que a espiritualidade pode funcionar como fator protetor, mas também pode ser fonte de sofrimento adicional, quando a experiência de doença é vivida como castigo ou como abandono divino. Cuidar da espiritualidade da pessoa com doença mental não é, portanto, um gesto neutro nem necessariamente reconfortante, exige sensibilidade para acolher tanto a esperança como o conflito que podem estar presentes em cada momento. Neste sentido, destacam-se muitos processos de vida onde o estabelecimento de sentido pode ser influenciado por dinâmicas de exclusão, isolamento e institucionalização.

3. O familiar cuidador: entre a sobrecarga e o recurso

A nossa investigação de doutoramento debruçou-se es-

pecificamente sobre a experiência espiritual de familiares cuidadores de pessoas com doença mental grave a viver na comunidade. Uma revisão sistemática de estudos qualitativos conduzida no âmbito desse trabalho identificou como temas centrais as necessidades espirituais, a esperança, o questionamento sobre o sentido da vida, as estratégias de coping espiritual, a relação com o sagrado e as práticas religiosas e espirituais (Casaleiro et al., 2022). Os cuidadores questionam o sentido da vida e reavaliam a sua relação com a existência, atravessando sentimentos de culpa, vergonha, incerteza ou a percepção de estarem a ser testados por Deus. A forma como cada cuidador constrói sentido perante esta experiência influencia diretamente a forma como lida com o desafio de cuidar (Park, 2010).

A teoria da autotranscendência de Pamela Reed oferece aqui uma chave de leitura particularmente rica. Segundo esta teoria, a pessoa confrontada com a vulnerabilidade inerente à experiência de doença e de cuidar pode expandir os seus limites para além do imediato, em três direções: para fora, em contacto com os outros e o ambiente; para dentro, tomando consciência dos próprios valores e crenças; e no tempo, integrando passado e futuro no presente (Reed, 2018). É a consciência da própria vulnerabilidade e dos limites que abre caminho à autotranscendência, e esta, por sua vez, associa-se a maior bem-estar, não como retorno ao funcionamento anterior, mas como movimento em direção a uma vida diferente (Reed & Haugan, 2021). Este quadro teórico sustenta a possibilidade de uma intervenção de enfermagem dirigida à promoção do coping espiritual do familiar cuidador, ancorada na escuta estruturada da sua experiência espiritual e religiosa ao longo do processo de cuidar.

4. Os profissionais: entre o medo de errar e a abordagem implícita

Do lado de quem cuida profissionalmente, a evidência revela um padrão de evitamento mais ou menos consciente. Em reuniões de equipa, os profissionais tendem a manter um foco predominantemente clínico, negligenciando dimensões como a espiritualidade, que quando surge é abordada de forma implícita, associada a atividades diurnas significativas, à interação social ou às crenças religiosas, sem nunca ser nomeada como tal (Cusveller et al., 2022).

Entre enfermeiros de saúde mental, identificam-se duas posturas distintas: uma abordagem pragmática, que tende a instrumentalizar ou a evitar o tema, e uma abordagem espiritualmente empática, mais disponível para o acolher, ambas frequentemente atravessadas pelo medo de errar (Elliott et al., 2019). Este medo, compreensível num terreno que mistura o clínico com o existencial e a crença pessoal do próprio profissional, não pode, contudo, justificar o silenciamento sistemático da espiritualidade nos cuidados. A relevância clínica desta atenção está documentada. Níveis elevados de espiritualidade associam-se a maior satisfação com os cuidados (Uhelski et al., 2022), ao passo que necessidades espirituais elevadas e não atendidas se associam a menor satisfação e a uma percepção diminuída da qualidade do cuidado (Astrow et al., 2018). O grau em que os profissionais respondem às necessidades emocionais e espirituais da pessoa relaciona-se diretamente com a sua satisfação geral (Clark et al., 2003) e quem tem oportunidade de discutir preocupações espirituais durante o internamento reporta maior satisfação com o cuidado recebido (Williams et al., 2011). Não estamos, portanto, perante uma dimensão de conforto acessório, mas perante um determinante da qualidade percebida do cuidado.

5. Do reconhecimento à prática: um modelo de cuidado espiritual em enfermagem

Timmins e Caldeira (2017) sistematizam o cuidado espiritual em enfermagem em torno de cinco eixos que se articulam. A avaliação faz-se através da observação, do questionamento direto e, quando pertinente, do recurso a instrumentos validados para avaliar a espiritualidade. O diagnóstico implica identificar indicadores e fatores de risco de angústia espiritual, ou outros construtos, e avaliar os resultados dessa intervenção ao longo do tempo. A presença, que as autoras designam pelo termo *being*, concretiza-se na escuta, no toque, na disponibilidade sensível de estar com a pessoa sem necessidade de resolver ou de interpretar. A colaboração convoca a equipa multidisciplinar, a família e outros recursos comunitários e religiosos disponíveis. Todo este processo é sustentado por princípios éticos de respeito, verdade, confidencialidade e preservação da dignidade da pessoa.

Este modelo é útil precisamente porque desmonta a ideia

de que cuidar da espiritualidade se reduz a perguntar, numa admissão de enfermagem, se a pessoa é ou não praticante de alguma religião. A avaliação é apenas um dos cinco eixos, e nenhum deles, isoladamente, esgota o cuidado espiritual.

6. A espiritualidade como convite à intervenção interdisciplinar

Sendo este um contributo situado no campo da enfermagem, seria empobrecedor limitar a discussão a esta única profissão. As questões existenciais e espirituais, quando presentes, não escolhem disciplina, profissão ou crença, e a resposta a essas questões beneficia de ser partilhada. O eixo da colaboração no modelo de Timmins e Caldeira já aponta nesse sentido, ao convocar explicitamente a equipa multidisciplinar. Psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e assistentes espirituais ou capelães têm, cada um a partir do seu lugar próprio, algo a contribuir para o reconhecimento e o acompanhamento da dimensão espiritual da pessoa e da sua família. A recomendação da Organização Mundial de Psiquiatria de que os psiquiatras tenham em conta a espiritualidade e o seu impacto nos processos de saúde e doença (Moreira-Almeida et al., 2016), acompanhada por diretrizes específicas para a recolha da história espiritual em saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2014), reforça que este não é um território a reivindicar em exclusivo pela enfermagem, mas antes um espaço de responsabilidade partilhada, onde cada profissão contribui com a sua competência própria.

7. A Hospitalidade como chave de leitura

Os valores que sustentam a missão da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, Hospitalidade, Respeito, Responsabilidade, Espiritualidade e Qualidade, oferecem uma síntese particularmente adequada a este propósito. Cuidar, nesta tradição, é sempre um ato integral, que reconhece a pessoa na sua totalidade física, psicológica, social e espiritual. Esta afirmação não é uma declaração de boas intenções, mas sim uma orientação para a prática. Quando a espiritualidade se define institucionalmente como cuidar da dimensão interior e do sentido da vida, deixa de fazer sentido tratá-la como um campo facultativo do plano de cuidados, a acrescentar apenas quando sobra tempo ou quando

existe sensibilidade pessoal do profissional.

Conclusão

Uma abordagem total, mais do que um parâmetro a auditar. A espiritualidade em saúde mental não é mais um elemento nos planos de cuidados ou em processos de auditoria. É uma abordagem total da pessoa, atravessando a forma como a pessoa com doença mental atribui sentido à sua experiência, a forma como o familiar cuidador sustenta, através dela, o peso de cuidar, e a forma como o profissional, para lá do medo de errar, pode e deve estar presente. Reduzir a espiritualidade a um elemento da admissão de enfermagem, a assinalar e arquivar, trai a natureza relacional que propomos. Lançar pontes para a prática significa, por isso, formar equipas multidisciplinares capazes de reconhecer esta dimensão sem se substituírem à pessoa na atribuição do seu próprio sentido e significa, sobretudo, recuperar aquilo que a tradição hospitaleira sempre soube: que cuidar de quem sofre é, desde sempre, colocar a pessoa ao centro.

Referências

- Astrow, A. B., Kwok, G., Sharma, R. K., Fromer, N., & Sulmasy, D. P. (2018). Spiritual needs and perception of quality of care and satisfaction with care in hematology/medical oncology patients: A multicultural assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 56–64.e51. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009>
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauer, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- Casaleiro, T., Caldeira, S., Cardoso, D., & Apóstolo, J. (2022). Spiritual aspects of the family caregivers' experiences when caring for a community-dwelling adult with severe mental illness: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 240–273. <https://doi.org/10.1111/jpm.12816>
- Clark, P. A., Drain, M., & Malone, M. P. (2003). Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(12), 659–670. [https://doi.org/10.1016/s1549-3741\(03\)29078-x](https://doi.org/10.1016/s1549-3741(03)29078-x)
- Cusveller, B., van Garderen, M., & Roozmond-Kroon, J. (2022). Mental health professionals discussing spiritual care for psychiatric outpatients: A qualitative study of multidisciplinary meetings. *Spiritual Care*, 11(2), 138–146. <https://doi.org/10.1515/spircare-2020-0124>
- Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K., & Brooks, J. (2019). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12560>

- Instituto S. João de Deus. (s.d.). Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. <https://www.isjd.pt/instituto-s-joao-de-deus/ordem-hospitaleira-de-s-joao-de-deus>
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and Mental Health: Research and Clinical Applications*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-00979-8>
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., & Slade, M. (2020). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: A qualitative systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e34. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000234>
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176–182. (Moreira-Almeida2014). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Reed, P. (2018). Theory of self-transcendence. Em M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (4th ed., pp. 461–474). Mosby.
- Reed, P. G. (2021). Pamela G. Reed: Self-Transcendence Theory. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed., pp. 461–474). Mosby.
- Rosmarin, D. H., Kaufman, C. C., Ford, S. F., Keshava, P., Drury, M., Minns, S., Marmarosh, C., Chowdhury, A., & Sacchet, M. D. (2022). The neuroscience of spirituality, religion, and mental health: A systematic review and synthesis. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 100–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.003>
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*, 31(22), 50–57. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10311>
- Uhelski, A.-C. R., Sheikh, M. M., Panda, M., & Qayyum, R. (2022). Spirituality and satisfaction with physicians among hospitalized patients. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(1), 21–28. <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1727601>
- Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79–96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
- Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 1265–1271. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1781-y>

A espiritualidade em saúde: clínicos e construtores de sentido

Autora: **Sílvia Caldeira**¹

¹ – Professora Associada com Agregação, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa.

Resumo

A espiritualidade constitui uma dimensão fundamental da experiência humana, influenciando a forma como as pessoas enfrentam a doença, o sofrimento e as circunstâncias desafiantes de vida. No contexto da saúde, é cada vez mais urgente reconhecer que cuidar ultrapassa a resposta às necessidades físicas, mas que integra as dimensões psicológica, social e espiritual, no todo que constitui o seu humano e a sua vulnerabilidade. Enquanto clínicos, os profissionais de saúde promovem o bem-estar, mas, simultaneamente, acompanham e são testemunhas vivas do encontro de sentido e de significado perante situações de perda, incerteza, sofrimento, luto ou fim de vida. Nestas situações, o reconhecimento dos valores, crenças, esperança e sentido ou propósito de vida que orientam cada pessoa, não implicando, necessariamente, uma perspectiva estritamente religiosa. Esta visão integral da saúde na vida das pessoas apela a uma relação terapêutica centrada na pessoa. A melhor evidência disponível é clara sobre os benefícios da integração da dimensão espiritual na clínica, pela repercussão nos resultados de saúde das pessoas, mas também por responder a um desiderato profissional. Ou seja, reconhecer a espiritualidade como parte integrante dos cuidados de saúde contribui para uma assistência mais ética, compassiva e promotora de dignidade, na qual a vertente clínica se acompanhe da humanização na construção de sentido.

Palavras-chave: Cuidado Espiritual, Enfermagem, Espiritualidade.

Abstract

Spirituality constitutes a fundamental dimension of the human experience, influencing how individuals cope with illness, suffering, and challenging life circumstances. Within the healthcare context, there is a growing recognition that care extends beyond addressing physical needs to encompass the psychological, social, and spiritual dimensions that together shape human existence and vulnerability. As clinicians, healthcare professionals play a crucial role in promoting well-being while simultaneously accompanying patients

and bearing witness to their search for meaning and purpose in the face of loss, uncertainty, suffering, grief, and the end of life.

In such circumstances, recognising each person's values, beliefs, hopes, and sense of meaning and purpose does not necessarily imply adherence to a strictly religious perspective. Rather, it reflects a holistic understanding of health that calls for a person-centred therapeutic relationship. The best available evidence clearly demonstrates the benefits of integrating the spiritual dimension into clinical practice, not only because of its positive impact on patient health outcomes but also because it fulfils a fundamental professional responsibility. Recognising spirituality as an integral component of healthcare contributes to more ethical, compassionate, and dignity-conserving care, in which clinical excellence is accompanied by a humanised approach that supports the construction of meaning and purpose throughout the healthcare journey.

Keywords: Nursing, Spiritual Care, Spirituality.

Introdução

A saúde sempre esteve relacionada com as questões mais profundas da vida e a história da assistência de saúde acompanha a religiosidade. Não obstante, a prestação de cuidados de saúde tem evoluído de um modelo predominantemente biomédico – em particular após a segunda guerra mundial – para uma abordagem biopsicossocial e espiritual – acompanhando os movimentos da bioética e da centralização da dignidade das pessoas nas decisões de saúde – reconhecendo que a experiência da doença não pode ser compreendida apenas através das alterações fisiológicas, nem a pessoa ser reduzida ao seu corpo, células e funções. A pessoa doente transporta consigo uma história de vida, valores, crenças, expectativas, relações e projetos que influenciam, profunda e particularmente, a forma como interpreta o sofrimento, ressignifica a vida, toma decisões e enfrenta a incerteza. A espiritualidade emerge, desta forma, como uma dimensão essencial da vida e, assim, da saúde, numa compreensão integral do ser humano. A Organização Mundial da Saúde tem vindo

a reforçar a necessidade de desenvolver cuidados centrados na pessoa, reconhecendo que o bem-estar resulta da interação entre fatores físicos, psicológicos, sociais e existenciais. Embora a espiritualidade nem sempre seja explicitamente identificada nos modelos clássicos de avaliação clínica, a evidência científica aponta para a sua integração na prática assistencial, particularmente, em áreas como os cuidados paliativos, a oncologia, a saúde mental, a geriatria e os cuidados intensivos.

Um dos obstáculos identificados para a não inclusão da espiritualidade na assistência, ou do que alguns autores denominam de negligência é o entendimento da espiritualidade como religião. Porém, a religião refere-se a um conjunto organizado de crenças, práticas e tradições partilhadas por uma comunidade, enquanto a espiritualidade corresponde à procura individual de significado, propósito e transcendência, numa relação que pode ser apenas com as pessoas e com o mundo e a natureza, mesmo que não haja crença em entidades “superiores”. Assim, todas as se constituem desta dimensão, independentemente da sua filiação religiosa, o que traz repercussões para os cuidados de saúde, porque a doença constitui, frequentemente, um acontecimento disruptivo, capaz de alterar a perceção de identidade e de sentido e significado na e para a vida. O diagnóstico de uma doença crónica, incapacitante ou potencialmente fatal poderá despertar questões relacionadas com o sentido da vida, a esperança, a culpa, a reconciliação e o medo da morte. Estas preocupações influenciam o sofrimento global da pessoa e condicionam a adaptação ao processo de doença. Consequentemente, ignorar a dimensão espiritual poderá limitar a compreensão das necessidades reais do doente e comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Neste cenário, os profissionais de saúde deixam de ser apenas clínicos que executam procedimentos, mas acompanham o processo vivencial que a doença proporciona, na reconstrução do significado desta experiência, em termos mais concretos, e na ressignificação de sentido, em termos mais globais da vida e das relações. Neste sentido, as competências técnicas e operacionais devem acompanhar-se de competências comunicacionais, éticas e humanas, tais como, a presença autêntica, a escuta ativa e

o respeito pelos valores individuais, no sentido de uma integralidade também por parte dos profissionais de saúde. A responsabilidade dos profissionais de saúde é claro no cuidado integral ou holístico, pelo que, não se pretende que substituam os líderes ou assistentes religiosos ou conselheiros espirituais, mas que sejam capazes de identificar e triar sinais de sofrimento espiritual, de identificar necessidades específicas e de facilitar o acesso aos recursos mais adequados, com vista a uma resposta efetiva e eficaz para o bem-estar global das pessoas. Numa perspetiva centrada na pessoa, os profissionais organizam as suas competências para uma resposta concertada. O cuidado espiritual, como resposta concertada, é responsabilidade partilhada dos profissionais, neste paradigma de integralidade.

A literatura científica evidencia que a integração da espiritualidade nos cuidados de saúde está associada a melhores níveis de bem-estar emocional, maior adesão terapêutica, redução da ansiedade e da depressão, melhoria da qualidade de vida e maior satisfação com os cuidados recebidos. Simultaneamente, contribui para fortalecer a relação terapêutica, promovendo confiança, esperança e participação ativa do doente nas decisões clínicas.

Apesar da crescente evidência, persistem desafios significativos relacionados com a formação dos profissionais, a ausência de instrumentos sistemáticos de avaliação espiritual, as limitações de tempo, a insegurança na abordagem destas questões e a dificuldade em distinguir espiritualidade de religião.

Com este artigo, pretendemos analisar como a espiritualidade é componente integrante dos cuidados de saúde, discutindo a sua relevância para a prática clínica e refletindo sobre os profissionais de saúde enquanto construtores de sentido. Pretende-se demonstrar que cuidar da dimensão espiritual não constitui um complemento opcional dos cuidados, mas antes uma exigência ética e clínica inerente a uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa.

Espiritualidade e saúde: evolução conceptual e enquadramento disciplinar

A compreensão da espiritualidade no contexto da saúde sofreu uma evolução significativa ao longo das últimas dé-

cadáveres. Durante grande parte do século XX, o paradigma biomédico privilegiou a doença enquanto fenómeno biológico, centrando-se essencialmente no diagnóstico, tratamento e prevenção das alterações fisiopatológicas, no seguimento do desenvolvimento que as guerras mundiais permitiram em termos de tratamentos de doença e conhecimento sobre as entidades patológicas. Embora este modelo tenha contribuído para avanços extraordinários na medicina, revelou-se insuficiente para explicar a complexidade e a completude da experiência humana perante a doença, o sofrimento e a morte.

A partir da segunda metade do século XX, assistiu-se ao desenvolvimento das ciências sociais e humanas também ao nascimento da bioética que, em conjunto, sublinharam um apelo à centralização da dignidade da pessoa humana da sua capacidade de autodeterminação. A pessoa não era mais um corpo sujeito a padecer doenças, mas uma entidade mais complexa que se inscrevia num meio social e que vivenciava as situações com respostas emocionais e psicológicas. Foi introduzida a necessidade de integrar fatores psicológicos e sociais na compreensão dos processos de saúde e doença, o que é muito evidente no desenvolvimento de teorias no domínio da saúde e de enfermagem. Com a continuidade dos trabalhos científicos, com a evolução do mundo, da demografia e das questões culturais, foi ficando evidente que era necessário retomar o berço das profissões de saúde, ou seja, a religiosidade e a espiritualidade. As respostas científicas sendo insuficientes apelam a questões de sentido, questões maiores relacionadas com a natureza ontológica da pessoa humana. Retomou-se, pouco a pouco, a necessidade de compreender como as crenças valores fé, relações, necessidades de amor e esperança influenciam a gestão da saúde e da doença. A dimensão espiritual passou a ser compreendida como um elemento constitutivo da identidade humana e determinante na forma como as pessoas atribuem significado às suas experiências. Esta compreensão ultrapassa claramente a dimensão religiosa. Embora muitas pessoas expressem a sua espiritualidade através de práticas religiosas organizadas, outras poderão encontrar sentido na família, nas pessoas que amam, nas ações de solidariedade e convivência social, na arte, na contemplação da natureza,

na criatividade, na cultura ou na reflexão existencial. Assim, a espiritualidade constitui uma característica universal da condição humana, independentemente da pertença religiosa ou da existência de crenças transcendentais.

A investigação científica neste domínio tem desenhado um movimento crescente nos últimos 40 anos e tem permitido demonstrar que a espiritualidade influencia múltiplos indicadores e resultados de saúde, especificamente, em pessoas com doença grave e crónica, nomeadamente, associações consistentes entre maior bem-estar espiritual e melhores níveis de qualidade de vida, menor prevalência de sintomas depressivos, redução da ansiedade, maior esperança, melhor adaptação à doença e maior satisfação com os cuidados recebidos.

Importa, contudo, evitar interpretações simplistas ou confundentes com abordagens terapêuticas – ou assim entendidas. Não obstante a espiritualidade parecer associar-se a uma vertente positiva, tranquilizadora e confortadora, algumas pessoas experienciam angústia espiritual, caracterizada como um estado de sofrimento relacionado com a falta de sentido na vida. Numa perspetiva englobante e holística, esta condição pode agravar o estado emocional e influenciar a gestão do processo terapêutico, justificando uma abordagem clínica sensível, competente e baseada na colaboração interdisciplinar. Neste contexto, a avaliação espiritual deixa de constituir uma intervenção opcional ou acessória para se transformar numa componente essencial da avaliação global da pessoa. Para uma avaliação mais sistematizada, e atendendo à subjetividade da avaliação de domínio espiritual, foram desenvolvidos alguns instrumentos para facilitar esta abordagem clínica, permitindo identificar necessidades espirituais, recursos pessoais e fatores associados ao sofrimento. No entanto, estes instrumentos facilitam a obtenção dos dados para investigação, mas são por vezes considerados longos para serem usados na prática clínica. Acresce que existem outras competências, além do conhecimento sobre instrumentos de avaliação da espiritualidade, que merecem maior destaque para fortalecer os profissionais de saúde, tais como, a capacidade de comunicação, a escuta ativa, a empatia, o autoconhecimento e o respeito pela diversidade cultural e religiosa.

Além dos benefícios para os doentes e família, a literatura evidencia, igualmente, resultados positivos para os próprios profissionais de saúde. O contacto frequente e continuado com o sofrimento, com a morte e com a vulnerabilidade expõe os profissionais de saúde a elevados níveis de desgaste emocional e de questionamento sobre a vida e as suas circunstâncias. Por isso, o desenvolvimento da dimensão espiritual, entendido como capacidade de encontrar significado no exercício profissional, tem sido associado a maior resiliência, menor *burnout*, maior satisfação profissional e melhor qualidade da relação terapêutica. Assim, a espiritualidade assume, atualmente, um lugar de crescente relevância na investigação e na prática clínica. Este movimento de integração não representa um afastamento do rigor científico ou algum tipo de dúvida sobre a cientificidade dos cuidados clínicos, mas antes o reconhecimento de que a saúde é um fenómeno complexo, integral e holístico, no qual os fatores biológicos coexistem com dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais, num todo que só nesta completude poderá ser compreendido.

Compreender os clínicos como construtores de sentido

A prática clínica contemporânea exige uma compreensão dos cuidados de saúde que vai além dos procedimentos técnicos e da aplicação eficaz de conhecimentos científicos. Embora este rigor seja desejável, há outras dimensões na vivência da doença que inclui aspetos emocionais, sociais, culturais e espirituais e que influenciam, profundamente, a forma como cada pessoa vive esse processo. Neste contexto, os profissionais de saúde assumem um papel determinante enquanto construtores de sentido, ajudando e acompanhando o doente e a família a acolher e a reinterpretar os acontecimentos que desafiam as suas crenças, os seus projetos de vida, e, por vezes, a sua própria identidade. A doença representa, para muitas pessoas, uma crise biográfica. Um diagnóstico de cancro, de insuficiência cardíaca, de doença neurodegenerativa ou outra condição crónica pode interromper planos, alterar papéis familiares, comprometer a autonomia e gerar sentimentos de medo, revolta ou desesperança. Estas mudanças suscitam questões existenciais profundas e provocam

nas pessoas uma necessidade de questionar e procurar o sentido dessas circunstâncias, que pode refletir-se em perguntas interiores como: «Porque aconteceu isto?», «O que será de mim?», «Que significado tem a minha vida agora?». Nem sempre estas perguntas têm uma resposta objetiva, nem sempre são partilhadas. Porém, é alta a possibilidade de serem expressas aos profissionais de saúde, se for apreendido um ambiente seguro e de confiança, que é uma condição essencial para que a relação interpessoal possa florescer. Neste processo, a tentação é responder. Os profissionais de saúde são, maioritariamente, educados para responder, resolver, antecipar. No entanto, nestes casos os profissionais não são chamados a responder, mas a colher as perguntas e acompanhar a própria pessoa a chegar às respostas. Os profissionais facilitam este processo, interferindo com a sua presença e acolhimento nesta construção de sentido, que é um processo individual e dinâmico, influenciado pela história de vida, pelas crenças, pelas relações interpessoais e pelos recursos internos de cada pessoa.

A comunicação assume, por isso, um papel central. Mais do que transmitir informação clínica, comunicar significa estabelecer uma relação baseada na confiança, no respeito e na reciprocidade. A forma como um diagnóstico é comunicado, como se responde às emoções do doente ou como se abordam as expectativas relativamente ao futuro pode influenciar significativamente a adaptação à doença. Uma comunicação clara, honesta e compassiva está associada a menor ansiedade, maior adesão terapêutica e maior satisfação com os cuidados.

A escuta ativa constitui uma das competências mais relevantes neste domínio. Escutar implica disponibilidade para compreender aquilo que a pessoa expressa verbalmente e aquilo que comunica através do silêncio, das emoções, da linguagem corporal ou das suas preocupações existenciais. Muitas vezes, o sofrimento espiritual manifesta-se de forma indireta, através de frases como «já não encontro sentido para continuar», «sinto-me um peso para a minha família» ou «tenho medo de morrer sozinho», revelando um estado de sofrimento relacionado com a falta de sentido na vida. O reconhecimento destas expressões permite identificar necessidades que pode-

riam permanecer invisíveis numa avaliação exclusivamente física ou emocional.

Outro elemento essencial na comunicação é a presença efetivamente terapêutica. Em situações de elevada vulnerabilidade, nem sempre existem palavras capazes de aliviar o sofrimento. A simples disponibilidade para estar junto do doente, demonstrando atenção, respeito e humanidade, pode transmitir segurança e reduzir sentimentos de sofrimento. A presença clínica traduz-se na capacidade de escolher estar verdadeiramente com a pessoa, reconhecendo a sua dignidade, independentemente da gravidade da doença, do prognóstico ou de qualquer condição pessoal. A esperança constitui igualmente um elemento central da construção de sentido. Importa distinguir esperança de expectativa de cura. Mesmo quando a recuperação parecer um processo difícil ou muito distante, continua a existir espaço para diferentes formas de esperança: esperança de não sofrer dores, esperança de reencontrar pessoas significativas, esperança em conquistar pequenos sonhos, esperança em manter a sua autonomia ou de uma morte serena e digna. Os profissionais de saúde devem encontrar o ponto sensível que corresponde à promoção da esperança realista.

Nos cuidados paliativos, esta dimensão torna-se particularmente evidente. O objetivo deixa de ser apenas prolongar a vida, passando igualmente por promover qualidade de vida, conforto e sentido até ao fim de vida. Neste sentido, a espiritualidade emerge como um recurso essencial para ajudar o doente a integrar a sua história de vida e integrar as tarefas de fim de vida, como, por exemplo perdoar. Nesta sequência, retomamos a importância do trabalho de equipa que, ao reunir diferentes competências, pode oferecer uma resposta mais completa para estas questões (e respostas) que são complexas.

Os profissionais de saúde tomam decisões, mais frequentemente compreendidas quando relacionadas com a medidas terapêuticas medicamentosas, os exames auxiliares de diagnóstico ou outras que, sendo mais objetivas, observáveis e concretizáveis, parecem facilitar o processo. Mas, a tomada de decisão para aspetos espirituais poderá representar um momento (ou oportunidade) em que a construção de sentido assume especial rele-

vância. Conhecer as necessidades reais dos doentes, as suas crenças e expectativas, aquilo que é verdadeiramente importante para essa pessoa, obrigada a um alinhamento entre o profissional de saúde (e o que pensa ser a resposta) com a real necessidade das pessoas (descortinar as perguntas). Apesar da reconhecida importância da espiritualidade, muitos profissionais referem sentir dificuldades em avaliar, diagnosticar e intervir no domínio espiritual, o que limita o cuidado espiritual e o seu valor terapêutico. Entre os obstáculos mais frequentemente descritos encontram-se a falta de formação específica, o receio de invadir a privacidade do doente, a escassez de tempo, a inexistência de protocolos institucionais e a confusão entre espiritualidade e religião. Estas limitações demonstram a necessidade de integrar competências relacionadas com os cuidados espirituais nos currículos da formação pré-graduada e pós-graduada das profissões da saúde, pois a formação atual é limitada na organização, conteúdos e estratégias pedagógicas utilizadas. Porém, há projetos, essencialmente a nível europeu, que caminham no sentido de incluir a espiritualidade na formação dos profissionais de saúde, com competências descritas para o cuidado espiritual. O desenvolvimento destas competências não exige que os profissionais se tornem especialistas em espiritualidade, mas que adquiram sensibilidade para reconhecer necessidades espirituais, diagnosticar, reunir os melhores recursos para responder a essas necessidades no seio da equipa interdisciplinar e encaminhar o doente para recursos especializados sempre que necessário.

Ser construtor de sentido significa, assim, reconhecer a pessoa para além da sua condição e saúde, valorizando quem é no seu tempo, os seus valores, as suas fontes de força e resiliência, e a sua capacidade de encontrar sentido. Esta perspetiva reforça a humanização dos cuidados e a integralidade da assistência de saúde, que integra competência técnica, sensibilidade ética e compromisso com a dignidade humana. Ao promover relações terapêuticas autênticas e centradas na pessoa, os profissionais de saúde tornam-se agentes facilitadores do encontro de sentido, da esperança e da resiliência, que são elementos fundamentais para enfrentar a doença e o sofrimento.

Desafios éticos e organizacionais

Apesar do crescente reconhecimento da importância da espiritualidade na saúde, a sua integração sistemática na prática clínica continua a enfrentar diversos desafios. A assistência e os desafios assistenciais em saúde devem ser compreendidos na globalidade dos sistemas e, por isso, um dos mais relevantes no domínio da integração da espiritualidade relaciona-se com a persistência de um modelo assistencial predominantemente centrado na doença, onde a pressão assistencial, os constrangimentos organizacionais e a escassez de recursos humanos limitam o tempo disponível para uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa.

Acresce a ausência de formação específica e dirigida a diferentes contextos clínicos. As questões espirituais são, muitas vezes, reduzidas ao contexto de fim de vida e de paliativos, mas são transversais ao ciclo de vida. Muitos profissionais referem sentir-se pouco preparados para abordar questões espirituais e esta insegurança e percepção de falta de preparação poderá conduzir à ocultação da dimensão espiritual durante a avaliação clínica, mesmo quando existem sinais evidentes de sofrimento existencial, limitando a assistência e o registo de indicadores que valorem esta dimensão e permitam que seja efetivamente integrada na assistência e na informação que a descreve. A espiritualidade não pode ser uma dimensão apenas atendida por instituições religiosas, pois é uma dimensão que é universal e da natureza humana.

Nesta sequência, importa salientar a importância dos ambientes organizacionais para a integração da espiritualidade, convocando as equipas e os contextos a um ambiente espiritualmente mais desenvolvido e a estilos de liderança mais espirituais, compassivos e espirituais. Nesta sequência, pode é necessário também a definição de competências para o cuidado espiritual dentro das equipas multidisciplinares. Embora todos os profissionais devam possuir competências básicas para identificar necessidades espirituais, situações de maior complexidade poderão justificar o envolvimento de profissionais especializados, como assistentes espirituais, enfermeiros, psicólogos, líderes religiosos ou outros recursos, de acordo com as preferências do doente.

Uma das competências para o cuidado espiritual é o cui-

dado de si. A exposição contínua ao sofrimento, à morte e à elevada exigência emocional parece favorecer o aparecimento de *burnout*, fadiga por compaixão e sofrimento moral. A criação de espaços de reflexão e partilha, a supervisão clínica, o apoio entre os pares e a promoção do autoconhecimento e autocuidado constituem estratégias para preservar a saúde mental e a qualidade da prática profissional.

Conclusão

A evolução dos cuidados de saúde demonstra que a excelência clínica não depende exclusivamente do desenvolvimento tecnológico ou científico, mas também da capacidade de compreender a pessoa na sua integralidade. A espiritualidade constitui uma dimensão essencial da experiência humana e fortemente relacionada com as respostas às situações de doença, de sofrimento, de esperança e de procura de sentido na vida, em especial, nas situações de adversidade.

Os cuidados de saúde ultrapassam a execução eficaz de procedimentos técnicos, mas só se completa com uma atitude humana e de verdadeira preocupação e compaixão pelas pessoas. Enquanto clínicos e construtores de sentido, os profissionais de saúde ajudam o doente a mobilizar recursos internos para enfrentar as situações de forma humana, digna e ao encontro das crenças pessoais.

A integração da espiritualidade não pretende substituir as abordagens clínicas nem negar a importância da ciência, mas elevar a humanidade e o imperativo de respeito pela pessoa na sua integralidade.

A evidência científica disponível demonstra que a consideração das necessidades espirituais está associada a melhores resultados em saúde, em termos das pessoas doentes como das equipas.

Perspetivando o futuro, torna-se fundamental continuar a motivar a investigação nesta área, integrar a espiritualidade na formação dos profissionais de saúde e desenvolver modelos organizacionais que promovam cuidados centrados na pessoa em todas as fases do ciclo vital.

Sugestões de leitura

Afonso, A., Sitefane, S., Fabri, J., Rabiais, I., & Caldeira, S. (2025). Teaching Spirituality in Nursing: A Bibliometric Analysis. *Journal of religion and health*, 64(2), 716–731. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02247-6>

Attard, J., Ross, L., & Weeks, K. W. (2019). Design and development of a spiritual care competency framework for pre-registration nurses and midwives: A modified Delphi study. *Nurse Education in Practice*, 39(12), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.003>

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauer, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in serious illness and health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>

Baldacchino, D. R. (2008). Spiritual care: is it the nurse's role?. *Spirituality & Health International*, 9(4), 270–284. <https://doi.org/10.1002/shi.363>

Caldeira, S. (2011). *Espiritualidade no cuidar*. Coisas de Ler.

Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2013). Spiritual distress—proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 77–84. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x>

Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, 31(34), 54–60. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2017.e10313>

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2016). Nursing diagnosis of "spiritual distress" in women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 39(4), 321–327. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000310>

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *International Journal Nursing of Knowledge*, 28(1), 44–52. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12105>

Casaleiro, T., Caldeira, S., Cardoso, D., & Apóstolo, J. (2022). Spiritual aspects of the family caregivers' experiences when caring for a community-dwelling adult with severe mental illness: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 240–273. <https://doi.org/10.1111/jpm.12816>

Esperandio, M. R., & Caldeira, S. (Org). (2022). *Espiritualidade e saúde: Fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira volume I*. PU-CPRESS.

Esperandio, M. R., & Caldeira, S. (Org). (2022). *Espiritualidade e saúde: Fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira volume II*. PU-CPRESS.

Martins, H., Caldeira, S., Domingues, T. D., Vieira, M., & Koenig, H. G. (2021). Validation of the duke university religion index (DUREL) in Portuguese cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Religion & Health*, 60(5), 3562–3575. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01143-z>

Martins, H., Caldeira, S., Vieira, M., Campos de Carvalho, E., & Flanagan, J. (2021). Spiritual distress in patients with cancer initiating chemotherapy: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(5), 578–584. <https://doi.org/10.1111/jnu.12670>

Martins, H., Domingues, T. D., Campos de Carvalho, E., Timmins, F., & Caldeira, S. (2022). Prevalence, defining characteristics, and predictors of the nursing diagnosis of spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: A longitudinal study. *Journal of Nursing Scholarship*, 10.1111/jnu.12862. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jnu.12862>

McSherry, W., Ross, R., Attard, J., van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A. & the EPICC Network (2020). Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 55–71. <https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726053>

Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>

Romeiro, J., Nogueira, P. J., Fisher, J., & Caldeira, S. (2022). Portuguese version of the spiritual well-being questionnaire: validation study in peo-

ple under assisted reproductive techniques. *Religions*, 13(5), 400. <https://doi.org/10.3390/rel13050400>

Santos, S., Martins, H., Capelas, M. L., Domingues, T. D., Caldeira, S., & Taylor, E. J. (2022). Validation of the nurse spiritual care therapeutics scale in portuguese palliative care settings: A methodological study. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(4), 157–163. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.4.157>

Silva, R. S., Caldeira, S., Coelho, A. N., & Apóstolo, J. (2020). Forgiveness facilitation in palliative care: A scoping review. *JBIEvidence Synthesis*, 18(11), 2196–2230. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-D-19-00286>

Sitefane, S., Afonso, A., Ross, L. et al. Competency-based spiritual care education program for undergraduate nursing students: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* 24, 1495 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03805-3>

Tavares, A. P., Martins, H., Pinto, S., Caldeira, S., Pontífice Sousa, P., & Rodgers, B. (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. *Nursing Forum*, 57(6), 1559–1566. <https://doi.org/10.1111/nuf.12845>

Timmins, F., & Caldeira, S. (2017a). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*, 31(22), 50–57. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10311>

Timmins, F., & Caldeira, S. (2017b). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard*, 31(29), 47–53. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e103112>

Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept Analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79–96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>



Um sopro sobre a técnica

Margarida Cordo
Psicóloga Clínica

Diz-se, nos corredores de hospitais e clínicas, que a ciência trata da engrenagem e a medicina cura a carne. No entanto, quem já segurou a mão de um paciente na *penumbra* de uma unidade de cuidados paliativos, escutou o *silêncio fraturado* de uma depressão profunda ou tocou a ameaça do imprevisível e, por isso, desconhecido, sabe que o mapa anatómico é insuficiente. **Há uma geografia invisível no sofrimento humano e é aí, nessa berma onde a técnica empanca e a biologia falha, que emerge a urgência da espiritualidade.**

Durante décadas, a então modernidade clínica olhou para a fé com uma distância assética, quase suspeita. Hoje, a neurociência e a psicodinâmica convergem no reconhecimento de que o *bicho humano* é, intrinsecamente, um construtor de significados. Como lembrava Viktor Frankl, a principal motivação do ser humano não é o prazer, nem o poder, nem mesmo a felicidade, mas a “vontade de sentido”. Quando a doença grave ou a perspectiva da finitude *tocam à porta*, não é apenas o corpo que adocece. **É a narrativa de uma vida inteira que ameaça desmoronar-se.**

Na vanguarda desta integração, encontra-se o trabalho de Harold Koenig. Este psiquiatra norte-americano tem demonstrado, através de robustos estudos epidemiológicos, que a dimensão espiritual e religiosa não é um mero acessório cultural. Pacientes com uma espiritualidade integrada apresentam menores índices de depressão, maior resiliência face à dor crónica e uma tolerância superior ao stress severo. **A espiritualidade, no fundo, dota o indivíduo de estratégias de coping existencial, de uma âncora que impede a deriva quando o mar da saúde se torna revolto.**

Ainda Harold Koenig referiu, em tradução livre e sintética, que a negligência da dimensão espiritual no cuidado do paciente é uma forma de maus-tratos médicos. Há, contudo, que salvaguardar que nem todas as pessoas, seja qual for

a sua condição, desejam esta abordagem.

Importa distinguir a religiosidade institucional da espiritualidade latente, ou seja, a nossa capacidade inata para a transcendência. O psicólogo Kenneth Pargament alerta-nos para a existência do “stress espiritual” (*spiritual struggle*) – quando o sofrimento faz o paciente questionar a justiça divina ou o valor da própria existência. Se a equipa de saúde – enfermeiros, médicos, psicólogos, outros terapeutas – ignorar este clamor, limitando-se a ajustar a dosagem de um analgésico ou de um antipsicótico, estará a tratar o sintoma e a abandonar o indivíduo que o experimenta.

Para nós, profissionais de saúde, acolher a espiritualidade não exige a partilha das crenças do outro. Exige, sim, uma “escuta compassiva”, conceito tão caro a Cecily Saunders, a mãe dos cuidados paliativos modernos.

Saunders ensinou-nos que a dor total tem quatro dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Curar, no sentido mais perene do termo (curare, que significa cuidar), é o ato de oferecer uma presença terapêutica capaz de suportar a pergunta do paciente, mesmo quando não há resposta técnica e medicamentosa possível.

A medicina baseada em evidência não perde rigor quando reconhece a dimensão espiritual do sofrimento. Perde-o, por vezes, quando finge que ela não existe.

Que saibamos, nas nossas consultas e práticas hospitalares, ser mais do que técnicos da sobrevivência. Que consigamos compreender a produção de significado humano perante a doença, a dor, a vulnerabilidade e a finitude. Que sejamos capazes de ser testemunhas da dignidade, porque quando a medicina atinge o seu limite técnico, é a nossa capacidade de humanizar o intangível que transforma o leito da dor num espaço de paz profunda. ■



ORDEM HOSPITALREIRA DE
S. JOÃO DE DEUS
PROVÍNCIA PORTUGUESA

Contactos

Rua São Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
(+351) 217 213 300*
sede@isjd.pt
www.isjd.pt

Instituto S. João de Deus

Rua São Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
(+351) 217 213 300*
sede@isjd.pt

Museu S. João de Deus

Estrada do Telhal, 55
2725-588 Mem Martins
(+351) 219 179 200*
museu@isjd.pt

Residência S. João de Deus

Rua São João de Deus, 6
2495-456 Fátima
(+351) 249 534 627*
irmaos.fatima@isjd.pt

Fundação S. João de Deus

Av. Júlio Dinis, 23 – S/L.
1050-130 Lisboa
(+351) 217 213 300*
sede@fsjd.pt
www.fsjd.pt

Missão em Timor-Leste

Irmãos de S. João de Deus
Caixa Postal 100
88001 Dili – Timor-Leste
(+351) 00 670 725 7859***
irmaos.timor@isjd.pt

Unidades de Saúde do Instituto S. João de Deus

ISJD–Telhal

Estrada do Telhal, 55
2725-588 Mem Martins
(+351) 219 179 200*
cst.telhal@isjd.pt

ISJD–Funchal

Caminho do Trapiche, s/n
Santo António
Caixa Postal 4376
9020-126 Funchal
(+351) 291 741 032*
cssjd.funchal@isjd.pt

ISJD–Angra do Heroísmo

Rua Dr. Aníbal Bettencourt, 149
Caixa Postal 1102
9701-902 Angra do Heroísmo
(+351) 295 204 330*
cssr.angra@isjd.pt

ISJD–Barcelos

Av. Paulo Felisberto, 205
4750-783 Barcelos
(+351) 253 808 210*
cssjd.barcelos@isjd.pt

ISJD–Ponta Delgada

Rua de São João de Deus, s/n
Caixa Postal 155
9501-902 Ponta Delgada
(+351) 296 201 600*
cssm.pdelgada@isjd.pt

ISJD–Montemor-o-Novo

Rua de Avis, 89
7050-089 Montemor-o-Novo
(+351) 266 898 040*
hospital.montemor@isjd.pt

ISJD–Areias de Vilar

Largo São João de Deus, 1
4755-044 Areias de Vilar
(+351) 253 919 000*
cssj.vilar@isjd.pt

ISJD–Gelfa

Rua da Gelfa, s/n
4910-012 Âncora
258 915 395
usgelfa@isjd.pt

ISJD–Melgaço

Rua Fonte da Vila, s/n
4960-546 Melgaço
251 418 312
usmd.melgaco@isjd.pt

ISJD–Lisboa

Rua São Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
(+351) 217 213 300*
csja@isjd.pt

ISJD–Carnaxide

Avenida João Paulo II, 29
2790-249 Carnaxide
211 147 700
geral.carnaxide@isjd.pt

A Venezuela precisa de nós

Após os sismos que atingiram o país, a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus continua ao lado da população, prestando **apoio médico, material, emocional e espiritual.**

APOIE JÁ

IBAN: PT50 0035 0481 0000 4895 2300 5

 **962 461 004**

WWW.FSJD.PT