

Bioética en el amparo de personas dependientes de drogas psicoactivas en comunidades terapéuticas

Bruno R. Schlemper Junior

Resumen

El abuso de sustancias psicoactivas es un problema mundial extremadamente difícil en todos sus aspectos, por lo que requiere la prestación de servicios a un gran número de personas dependientes, quienes no siempre son atendidas por los sectores públicos responsables. Esto requiere la participación adicional de instituciones privadas sin fines de lucro, como las comunidades terapéuticas. Dichas comunidades son instituciones de diferentes orígenes, adoptan diferentes metodologías y acogen a personas altamente vulnerables, lo cual les exige a los voluntarios y a los profesionales de la salud un amparo ético y convierte esta área en un campo en que la bioética puede contribuir para solucionar conflictos durante la atención residencial transitoria. Por el escaso abordaje ético de comunidades en la literatura mundial, especialmente en Brasil, este artículo enfatiza algunos principios y referenciales bioéticos, como autonomía, sigilo y confidencialidad, alteridad, espiritualidad, solidaridad y cuidado respetuoso. Finalmente, invita a la comunidad académica a contribuir en el enriquecimiento de la reflexión bioética sobre el cuidado de las personas en estas instituciones.

Palabras clave: Bioética. Ética. Comunidad Terapéutica. Trastornos relacionados con sustancias. Consumidores de drogas.

Resumo

Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas

O abuso de substâncias psicoativas é problema mundial e extremamente difícil em todos os seus aspectos, requerendo a oferta de serviços para grandes contingentes de dependentes, nem sempre atendidos pelos setores públicos responsáveis. Isso exige a participação complementar de instituições privadas sem fins lucrativos, como as comunidades terapêuticas. Essas comunidades são instituições de diferentes origens, adotam metodologias distintas e recebem pessoas hipervulneráveis, o que exige dos voluntários e profissionais de saúde acolhimento ético e torna essa área campo em que a bioética pode contribuir para solucionar conflitos durante a atenção residencial transitória. Pela escassa abordagem ética de comunidades terapêuticas na literatura mundial, em especial na brasileira, este artigo enfatiza alguns princípios e referenciais bioéticos, como autonomia, sigilo e confidencialidade, alteridade, espiritualidade, solidariedade e cuidado respeitoso. Por fim, estimula a comunidade acadêmica a contribuir para enriquecer a reflexão bioética sobre o cuidado às pessoas nessas instituições.

Palavras-chave: Bioética. Ética. Comunidade terapêutica. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Usuários de drogas.

Abstract

Bioethics in the reception of psychoactive drug dependents in therapeutic communities

The abuse of psychoactive substances is an extremely difficult problem in all its aspects and of worldwide importance, requiring the provision of services to large number of dependents, not always provided by the responsible public sectors. This requires the complementary participation of private non-profit institutions, such as that offered by therapeutic communities. These communities are institutions of different origins, adopt different methodologies and receive hypervulnerable people. This requires that volunteers and health professionals receive an ethical reception during transient residential care, which makes this area a field for the contribution of Bioethics to solve ethical conflicts during admissions. By poor ethical approach there is in literature, especially in Brazil, this article highlights some principles and bioethical references, such as autonomy, secret and confidentiality, alterity, spirituality, solidarity and respectful care and encourages the academic community to contribute to the enrichment of bioethical reflection on care in these institutions.

Keywords: Bioethics. Ethics. Therapeutic community. Substance-related disorders. Drug users.

Doutor schlemper.junior@gmail.com – Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba/SC, Brasil.

Correspondência

Rua Frei Evaristo, 64, apt. 202, Centro CEP 88015-410. Florianópolis/SC, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Este artículo da continuidad al publicado en el número anterior de la Revista Bioética¹, en el cual además de recomendaciones para la Vigilancia Sanitaria, se retratan las diferentes características de las comunidades terapéuticas (CT), en especial, su participación en la atención de la salud mental en Brasil.

En este trabajo se discute la dependencia química, considerada un problema mundial que tiene un gran impacto negativo y permanente en la vida de personas, familias y en las propias comunidades. De introducción reciente en Brasil, el crack ha tenido una difusión y un consumo crecientes, conduciendo rápidamente a un estado de dependencia y alcanzando niveles muy elevados – por ejemplo, un 70% entre los dependientes de los derivados de la cocaína que buscaban tratamiento².

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ identifica que, en lenguaje coloquial, el término “droga”, en general, se refiere específicamente a sustancias psicoactivas y, frecuentemente, a drogas ilegales. Por su parte, las denominadas drogas psicoactivas son las que tienen un principio activo capaz de estimular, deprimir o perturbar la mente humana, desorganizando el sistema nervioso central y provocando desorientaciones de las funciones cerebrales. Así, en este artículo, la utilización del término “droga” tiene el significado de toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, altera de algún modo el sistema nervioso central y puede generar dependencia física, psicológica o ambas⁴.

Por su parte, el concepto de dependencia (desorden de dependencia – esto es, vicio) es confuso y muchas veces ha sido criticado tanto dentro como fuera del ambiente especializado de las enfermedades mentales⁵. Basándose en criterios diagnósticos, Goodman⁵ plantea, de forma resumida, que la dependencia es el proceso en el cual un comportamiento, que puede producir placer y proporcionar alivio de una incomodidad interna, es empleado como un patrón caracterizado por 1) falla recurrente en controlar el comportamiento (falta de poder) y 2) continuidad del comportamiento a pesar de las significativas consecuencias negativas (ingobernabilidad) por problemas sociales, financieros, psicológicos o físicos.

Las definiciones de dependencia mencionan la pérdida de control, la falta de poder y la ingobernabilidad⁶. Según las orientaciones de la OMS, la dependencia es definida como un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y comportamentales que indican que una persona tiene dificultad de controlar el consumo de sustancia psicoactiva, y continúa usándola a pesar de las consecuencias adversas.

Este término sustituyó la designación de vicio (adicción) y habituación. Por lo tanto, la dependencia es una enfermedad compleja que puede ser tratada y afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento causando alteraciones que persisten luego de la cesación de la droga³.

Debido a esto y a las escasas oportunidades del sector público para atender la demanda por tratamiento en régimen de residencia de larga duración, las comunidades terapéuticas (CT) vienen siendo consideradas un apoyo importante en la atención al usuario^{7,8}, como ocurre en Brasil^{9,10} y en diversos países¹¹. En este sentido, un documento de la ONU¹² describe que el modelo más común de rehabilitación residencial de largo plazo son las CT.

En la bibliografía mundial y principalmente en la brasileña, existe escasa producción de un abordaje bioético en las CT¹³. Así, este artículo tiene como objetivo contribuir al debate ético sobre la vivencia de los dependientes de drogas psicoactivas en estas unidades, seleccionando algunos principios y referencias bioéticas relevantes en la vida comunitaria de las CT, como autonomía, privacidad y confidencialidad, alteridad, espiritualidad, solidaridad y cuidado respetuoso. Se pretende también estimular a la comunidad académica en cuanto al enriquecimiento de esta reflexión bioética tan necesaria para solucionar conflictos cotidianos en instituciones con características tan específicas como lo son las CT.

Importancia de la bioética en la acogida en comunidades terapéuticas

Las cuestiones éticas involucradas en la acogida de los dependientes de sustancias psicoactivas en las CT están presentes, diariamente, en el contexto de internación, ya sea en el individuo, en su familia o en las actividades de los responsables de este trabajo. Las referencias bioéticas pueden funcionar como soporte para reflexionar sobre la búsqueda de soluciones éticas, razón por la cual pueden ser muy útiles en el debate de los conflictos que surgen en la cotidianidad de las CT.

Se trata de un sistema abierto que puede contribuir a que la bioética se desarrolle de forma más productiva, incluyendo abordajes inter, multi y transdisciplinario para el tratamiento de situaciones complejas¹⁴, como las vivenciadas en las CT. La bioética no resulta sólo de la reflexión de los científicos, filósofos o teólogos, sino también de la visión de mundo de la sociedad. Pensar que sólo los especialistas pueden discutir sobre bioética es un gran error,

pues es un campo de aplicación práctico que puede orientar la decisión que cada quien tome respecto de los problemas morales.

Se recomienda que las CT tengan dispositivos éticos capaces de orientar las relaciones personales, guiando la acción y la reflexión de las personas frente a la realidad social en la que están insertas⁸, sobre todo por la fragilidad y vulnerabilidad de los acogidos. Gomes⁸ concluye que la CT es una micro-sociedad en la cual la rutina diaria es causante de conflictos y contradicciones, lo que exige un estándar ético de convivencia colectiva basado en los principios del compartir, de la honestidad, la horizontalidad de las relaciones entre equipo de apoyo y residentes, de la espiritualidad, con el objetivo de superar el uso de drogas.

Por lo tanto, es fundamental que los responsables tengan valores y actitudes coherentes con el punto de vista ético de las relaciones entre acogedores y acogidos, capaces de entender la fragilidad del dependiente y de brindar la protección y el respeto necesarios a su condición humana. Una investigación realizada con dirigentes de una CT de Santa Catarina reveló, espontáneamente, un conjunto de 18 valores con absoluto predominio de las palabras respeto, ética, valoración humana y espiritualidad, las cuales se superpusieron a los valores de transparencia, compromiso social, sostenimiento, integridad, respeto a la individualidad, profesionalismo, responsabilidad y solidaridad, entre otros¹⁵.

Una investigación reciente evidenció que cerca del 50% de los dirigentes de las CT brasileñas han cursado el nivel superior; el 36,6%, nivel medio, y 7,7% la enseñanza básica¹⁰. Procurando suplir una posible deficiencia en la formación de los técnicos de los servicios de salud, pues son ellos quienes están en contacto directo con los pacientes y sus familiares, se recomienda que estén calificados para esta acción¹⁴ y, para ello, se rescata la propuesta de crear comités intermunicipales de bioética¹⁶.

Bioética: algunos principios y referencias

La autonomía del acogido

La autonomía, uno de los cuatro principios fundamentales de la corriente anglosajona de la bioética, puede ser comprendida como la capacidad del individuo para tomar decisiones que afectan su vida, su autodeterminación, su autogobierno. Es decir, es el poder de decidir lo que es bueno, tener libertad de expresión, de optar frente a los dilemas de su vida. En otras palabras, el respeto a la autonomía se

traduce en el respeto a la dignidad del ser humano que, por su parte, está directamente ligado al consentimiento libre, puesto que éste siempre debe ser informado. El respeto a las personas incluye, por lo menos, dos convicciones éticas: todos deben ser tratados como agentes autónomos y, si hubiera, por alguna razón, una reducción de la autonomía, todos tienen derecho a ser protegidos. Por su parte, estos enunciados teóricos encuentran su aplicación práctica en el consentimiento informado¹⁷, que representa la expresión materializada de la autonomía¹⁸.

El uso del término “consentimiento” es cuestionado por no reflejar de forma adecuada la cuestión, prefiriéndose otras expresiones más adecuadas, como “derecho a una decisión informada” o “elección informada”¹⁹. Debe recordarse que la bioética contemporánea y el consentimiento informado nacieron al mismo tiempo, pues la bioética de posguerra surgió como una disciplina que contemplaba la autonomía del paciente y su derecho a elegir o rechazar intervenciones en su cuerpo²⁰.

No obstante, sólo existe autonomía si el individuo tuviera derecho a más de una opción, para que éste pueda ejercer su derecho de elección. Además de la libertad de optar, la autonomía presupone también la libertad de acción, es decir, que la persona sea capaz de actuar conforme a su decisión, independientemente de su grado de conocimiento.

Así, para que el acogido pueda ejercer adecuadamente su autonomía, se necesitan bases más sólidas, aseguradas en la noción de consentimiento libre, informado, renovable y revocable. El consentimiento no presupone prácticas de coacción física, psíquica o moral, simulaciones o engaños, sólo es moralmente aceptado cuando contiene los siguientes elementos: información, competencia, entendimiento y voluntad²¹.

Sobre el ejercicio de la autonomía, se pueden agregar, al menos, dos situaciones éticas importantes en las CT: 1) aquellos que son capaces de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la orientación de esta deliberación; 2) aquellos que tienen disminuida su autonomía o fueran incapaces de decidir por sí mismos (hipervulnerables) y que deberán tener ampliada su protección.

Sobre estas situaciones límite, Caplan⁶ plantea que los dependientes no son, en principio, incompetentes mientras que sean capaces de razonar, recordar informaciones complejas, definir metas y orientarse en cuanto al tiempo, el lugar y la identidad personal. Sin embargo, si una droga es capaz de bloquear la capacidad para restaurar o restablecer

su autonomía, conduciendo a la pérdida de control, la falta de poder y la ingobernabilidad, entonces la obligatoriedad del tratamiento puede ser éticamente justificable para apartarlos de esas situaciones.

El autor afirma que la restauración de la autonomía es el fin de cualquier argumento moral para un tratamiento obligatorio, concluyendo que *el tratamiento obligatorio que alivia los efectos coercitivos del vicio y permite el regreso o la reemergencia de una verdadera autonomía del paciente, puede ser la acción correcta por realizar*⁶. Finalmente, infringir la autonomía para recrear la autonomía es una actitud ética, siempre y cuando, luego del tratamiento coercitivo, se restablezca la capacidad autónoma del dependiente *para que, en el corto plazo, puedan volver a tener mayor autonomía para decidir por sí mismos*²².

Para otros, no obstante, el tratamiento compulsorio es una grave restricción ética²³. Childress²⁴ sitúa la protección de las personas con autonomía reducida dentro de los principios de la beneficencia y de la justicia, y Beauchamp y Childress²⁵ destacan que: 1) si no hay entendimiento de la situación, no habrá autonomía; 2) la incapacidad mental limita la autonomía de los portadores de deficiencia; 3) la institucionalización coercitiva restringe la autonomía de los internados.

Complementando, Durand²⁶ referencia como elementos esenciales para el ejercicio de la autonomía, el derecho a ser informado, de decidir y de elegir, pero exigiéndose de parte del individuo aptitud para ejercer: 1) la capacidad de comprender las explicaciones brindadas y las implicancias del acto; 2) la capacidad de deliberar sobre elecciones posibles de acuerdo con sus valores y metas que persigue; 3) la capacidad de expresar claramente la propia elección. El fundamento ético del consentimiento informado, además de la autonomía y de la beneficencia, se basa también en los valores de la lealtad, la veracidad y el respeto¹⁹.

De esta forma, teniendo en cuenta que las internaciones en las CT no son coercitivas, sino que están relacionadas con la propia voluntad de los dependientes y, por lo tanto, considerando que son capaces de tener consciencia y gobernabilidad sobre sus decisiones, se espera que se tenga respeto a la autonomía de los acogidos en la perspectiva de las conductas éticas referidas. Cabe reportar aquí el valor "respeto" como el más citado por los dirigentes de las CT catarinenses¹⁵, pues sale al encuentro de la responsabilidad moral de estas instituciones de preservar la dignidad, la autonomía y de respetar los valores del acogido. Estando presente este valor en la práctica diaria de las CT, será posible conquistar la confianza de los acogidos para establecer el cuidado necesario.

La privacidad y la confidencialidad

La garantía de la preservación de informaciones, relacionada con el diagnóstico, con un examen complementario o con el tratamiento es *deber prima facie* (una obligación que se debe cumplir) de todos los profesionales y también de las instituciones²⁷. Por su parte, este aspecto puede ser abordado tanto por la cuestión de la privacidad como por la de la confidencialidad.

La privacidad es la limitación del acceso a las informaciones de una persona y a ella misma, a su intimidad, y garantiza la preservación de su anonimato. Esto es particularmente importante, pues en las CT esta visión del respeto a la privacidad es más compleja, ya que se vive colectiva y diariamente en un espacio limitado durante algunos meses. Por lo tanto, las informaciones sobre los dependientes deben limitarse a las funciones propias de cada acogedor y estar regidas por el principio de la responsabilidad ética sobre las consecuencias de cada acción²⁷, incluso en el caso de aquellos cuyas profesiones no estén subordinadas a códigos deontológicos²⁸.

Por su parte, la confidencialidad, como pilar ético de la relación entre acogedor y acogido, es la garantía del resguardo de las informaciones dadas personalmente en confianza y la protección contra su revelación no autorizada. Los pacientes o los dependientes son los propietarios de sus informaciones, mientras que los profesionales y las instituciones son sólo sus fieles depositarios – todos aquellos que entran en contacto con estas informaciones por necesidad profesional tienen sólo autorización para acceder a ellas, pero no el derecho de usarlas libremente²⁶.

Francisconi y Goldim²⁷ recuerdan además que esa relación de confianza se establece entre el profesional o cuidador de la institución y el acogido, debiendo extenderse, obligatoriamente, a todos los demás que tengan información sobre el dependiente. Gran parte del vínculo entre acogidos y acogedores es acreditable a esta garantía. Pero, sobre todo, como acentúa Gracia, nuestros valores personales resaltan nuestra identidad, razón por la cual cuando no son respetadas nos sentimos ultrajados y maltratados²⁹.

La referencia bioética de la alteridad

Se debe a Lévinas³⁰ la propuesta de incluir la alteridad en la reflexión ética, identificándola como la *cara del Otro*, la importancia del Otro y que a cada uno de nosotros nos cabe la tarea de ser responsables por el Otro, especialmente aquellos socialmente más vulnerables. El autor³⁰ agrega que este

movimiento de encuentro con el Otro exige una generosidad radical que debe ofrecerse sin esperar ninguna recompensa o gratitud, pues esta acción debe ser encarada como un acto altruista de mano única³¹. Si el altruista es aquel que piensa en los otros antes de pensar en sí mismo, el ejercicio de encontrarse o relacionarse con la alteridad *sería la representación más cabal de la propia ética*³². En el mismo sentido, Cortella afirma que *la visión de la alteridad es la capacidad de ver al otro como otro, y no como extraño*³³. Es decir, la alteridad es el Otro, aquel que no soy yo.

Por la perfecta adecuación al ambiente de las CT y su aplicación en las relaciones entre el acogedor (yo) y el acogido (Otro), se reproducen las palabras de Hossne y Segre: *el Otro, como se dijo, debe ser conocido, reconocido y entendido. Por eso el Otro tiene todo el derecho de hablar y exigir ser oído y escuchado, y Yo, Tú, o Nosotros, tenemos el deber de oír y escuchar al Otro. De la misma forma, el otro tiene todo el derecho de ser visto, ser percibido en su totalidad y Yo, Tú o Nosotros tenemos el deber de percibir y ver, ver y percibir al Otro. Resulta de allí, también, la necesidad de asegurar el suficiente “foco de luz” sobre el Otro – en otras palabras, se debe asegurar el mínimo de “claridad” para que se pueda mirar, ver y percibir al Otro*³⁴. Se espera que los profesionales de la salud contemplan al otro, no como paciente (un ser pasivo y sufriente, incapaz), sino como un semejante en una relación simétrica (o lo más próximo que pueda ser). Por esto, Hossne y Segre concluyen:

*Conocer al Otro implica tener en cuenta su “biografía” de forma amplia, incluyendo su espiritualidad y su vulnerabilidad (como otra referencia). Respetar al Otro, esto es, la alteridad, implica respetar la autodeterminación, vale decir, la referencia de la autonomía. (...) En el conocer el rostro del Otro, con el objetivo bioético de la mejor opción de valores para el otro, entran en juego la phronesis y la sophrosyne, esto es, entra en juego la referencia de la prudencia*³⁴.

En esta visión de actuar en la interacción con el Otro, se rescata el pionerismo del movimiento de apoyo a los dependientes químicos en Florianópolis, el Centro de Interacción e Integración Humana, más conocido como Movimiento Porta Aberta³⁵. Este proyecto busca valorar al dependiente como ser humano y procura su integración al ambiente de recuperación y su retorno a la sociedad. Como difunde la propia institución, se tiene en cuenta que *la persona humana es vista y se constituye en el valor fundamental de la convivencia humana y donde los más necesitados encuentran nuestra ayuda, amparo y cariño*³⁶.

Este sentimiento humanitario claramente expresado en las acciones Porta Aberta vienen al encuentro de lo que los acogidos más desean y esperan: tener la oportunidad de expresar libremente sus sentimientos y emociones, y recibir afecto, cortesía, atención y respeto como seres humanos³⁷. En otras palabras, la alteridad estimula la reflexión personal para concientizar a las personas en relación con las cuestiones éticas¹³.

En este sentido, a partir del pensamiento de Lévinas, se muestra que la “sensibilidad” del cara a cara inicia un modo eminentemente ético de humanizar el pensar y el actuar del profesional de la salud en base al cuidado del Otro vulnerable³⁸. Estar juntos no es sólo estar al lado, es necesario ver y sentir al Otro, con la necesaria identificación del yo y del Otro, lo que equivale a decir que la alteridad es más que la amistad, sobrepasa el concepto de la solidaridad y está más próxima al de la empatía, es decir, la capacidad de *sentir junto* con el Otro³⁹.

Lo que hoy denominamos empatía aún es confundido con simpatía, confusión que data de mediados del siglo pasado³⁸. Así, cabe destacar la importancia de la empatía en el contexto de las relaciones humanas en las CT, dado que representa una experiencia emocional vivenciada entre un observador (acogedor) y un individuo (acogido). El primero, basado en percepciones visuales y auditivas, identifica y entiende los sentimientos del segundo, de modo que para ser percibido como empático, el observador debe transmitir este entendimiento al paciente⁴⁰.

La empatía es también un elemento importante de la capacidad de una persona para entender a otras personas, razón por la cual los pacientes tratados por profesionales empáticos relatan mayor satisfacción con el tratamiento y son más propensos a seguir las orientaciones que aquellos tratados por profesionales menos empáticos^{41,42}. Es decir, los beneficios de la comunicación empática mejorada son tangibles tanto para el observador como para el observado⁴². Esta comprensión puede ser entendida como el intercambio de sensibilidad entre acogedores y acogidos, y es fundamental para la calidad de la atención^{40,41}, principalmente en la acogida continua durante algunos meses, como se observa en las CT. Ten Have y Gordjin⁴³ sintetizan que la relación entre profesional y paciente debe estar basada en la empatía, razón por la cual es considerada un concepto central en la ética de la salud.

En cuanto a los modelos de la relación médico-paciente, Emanuel y Emanuel⁴⁴ identificaron cuatro tipos, clasificados como paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo, siendo el

último el considerado ideal. El método deliberativo preserva más la autonomía del paciente para que pueda desarrollar actitudes críticas sobre sus valores, y el profesional de salud busca dialogar más con él, promoviendo otros principios relacionados con la situación de salud vivenciada. Este modelo puede también ser aplicado a las relaciones con otros profesionales de salud⁴⁰.

Por las circunstancias específicas de las CT, cada miembro del equipo termina complementándose con el otro en esa “mágica” relación humana, en la cual la participación activa del acogido es esencial para el éxito pretendido⁴⁵. De este modo, la resolución de los problemas morales que los pacientes presentan o proponen debe resultar de un proceso compartido entre acogedor y residente, cabiéndole al primero la utilización de su conocimiento para sugerir alternativas de abordajes terapéuticos y al segundo, la exposición de sus legítimos valores y necesidades para asegurar una decisión prudente y segura⁴⁶.

Se entiende, por lo tanto, que, en las CT, diariamente, el proceso deliberativo está presente, pues tienen lugar reuniones grupales, seminarios, reuniones de la casa y, cuando es necesario, reuniones generales, siempre con la participación de los residentes y de los responsables que discuten y deciden conjuntamente⁴⁷. Se agrega además la organización diaria de grupos clínicos, educativos y de encuentro, piezas fundamentales del proceso de despertar la conciencia de cada uno sobre el Otro en cuanto a actitudes y patrones comportamentales que deben modificarse. En estos grupos los acogidos se ayudan directamente los unos a los otros, en el difícil proceso de deliberación para un cambio personal⁴⁷.

La espiritualidad como referencia de la bioética

Se reconoce el creciente interés sobre el conocimiento de las relaciones entre espiritualidad y salud, tanto por parte de investigadores y profesionales de la salud como de la población en general. Hossne y Pessini⁴⁸ consideran la espiritualidad como una nueva referencia de la bioética. Souza⁴⁹ aclara que, así como ocurre con la ética y la moral, la espiritualidad y la religiosidad no son sinónimos, siendo la primera la forma implícita de tratar dimensiones profundas de la subjetividad sin incluir necesariamente creencias.

Por su parte, Boff⁵⁰ destaca la importancia de la espiritualidad en la transformación y preparación del ser humano para los enfrentamientos de nuestro siglo. El filósofo norteamericano Sam Harris admite que la espiritualidad debe ser desligada de la religión⁵¹. En la misma línea de razonamiento,

Souza⁴⁸ plantea que la búsqueda de la dimensión interior del ser humano, en la esencia, es la espiritualidad que, cuando tiende al bienestar del otro en su alteridad, refleja la ética.

Souza, Pessini y Hossne⁵² concluyen que esa responsabilidad por el Otro (el acogido) es el desafío espiritual de la bioética, y es en ese escenario, en el ambiente de las CT, que la espiritualidad debe aflorar como referencia importante de la bioética, como mencionaron los responsables de las CT de Santa Catarina¹⁵. En los programas de tratamiento de las CT, se admite que la espiritualidad es un elemento fundamental para recuperar al dependiente⁴⁷, estando presente en más del 90% de las unidades estudiadas por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) como uno de los “métodos fundamentales” del tratamiento¹⁰.

Así, la espiritualidad constituye una fuerza para la transformación de los dependientes, dado que puede conducirlos a reconocer y atribuir sentido a la propia vida. Conforme se observa en una de las CT investigadas: *la espiritualidad entra no exactamente como “el tratamiento”, sino como parte de él: algo que dará un tipo de sustento ético para que las personas se recuperen tanto en el interior de la CT como en su vida posterior*⁵³. Queda claro, por lo tanto, que la dimensión de la espiritualidad es un factor de bienestar, comodidad, esperanza y salud, siendo necesario que las instituciones de salud se organicen para incluir este aspecto de la necesidad humana⁵⁴.

En cuanto a la salud mental de los dependientes químicos, la espiritualidad viene siendo cada vez más trabajada en la situación clínica, como se destaca en documentos internacionales que valoran esta dimensión en el ámbito de los cuidados y de la asistencia a la salud (*Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, Declaración sobre los Derechos de los Pacientes de la Asociación Médica Mundial⁵⁵) y la *Carta de Derechos de Usuarios de la Salud en Brasil*, que reconocen la importancia del cuidado espiritual, el derecho a la asistencia religiosa del usuario⁵⁴.

Una revisión bibliográfica⁵⁶ concluye que los profesionales de la salud cuentan con indicaciones científicas sobre el beneficio del abordaje espiritual en el tratamiento de cualquier enfermedad en potencial, razón por la cual esperan que, en un futuro próximo, sea reconocida la importancia de este tipo de apoyo en las instituciones de salud.

Panzini y colaboradores⁵⁷ enfatizan que hay indicios consistentes de la asociación entre calidad de vida y religiosidad, en base a estudios de razonable rigor metodológico y con diversas variables

para evaluar este aspecto. Otro estudio de revisión brinda orientaciones prácticas para la evaluación espiritual y su integración en el tratamiento de salud mental, además de sugerencias para investigaciones sobre el tema⁵⁸. En el mismo sentido, Lucchetti y colaboradores⁵⁹ reconocen la importancia de esta asociación y hacen recomendaciones sobre lo que el clínico debe saber respecto de las cuestiones espirituales del paciente para proporcionar una atención más humana e integral, incluso a pacientes pediátricos⁶⁰.

La literatura científica deja clara la importancia de la espiritualidad en la salud mental, dado que las evidencias han demostrado la relación generalmente positiva entre ambas, lo que, *per se*, justifica que esta referencia sea un importante instrumento de reflexión bioética en el ámbito de las CT¹³. Otra investigación sobre el tema indica que aproximadamente el 80% de los estudios sobre religión/espiritualidad y salud son sobre salud mental y que la mayoría de estos presenta relaciones significativas entre estas esferas y para la mejora de la salud⁶¹. Al enfatizar el papel de la educación espiritual, se constató que 100 de las 141 facultades de medicina de Estados Unidos y Canadá tienen carreras sobre este tema y que en el 70% de estas son curriculares⁶¹.

Una recolección bibliográfica realizada por Leite y Seminotti⁶² también sugiere relaciones positivas entre espiritualidad y salud mental, aunque se hayan encontrado aspectos negativos en cuanto a la recuperación de la salud. Resultados similares se encontraron en estudios ambulatorios de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo⁶³. En un estudio sobre morbilidad psiquiátrica en Inglaterra, se verificó que las personas que tenían una comprensión espiritual de la vida tenían peor salud mental que aquellas sin ese tipo de comprensión⁶⁴.

Gomes⁸ afirma que la espiritualidad en las CT es esencialmente práctica y está al alcance de los residentes, independientemente de las concepciones religiosas anteriores o incluso de la ausencia de ellas, y Boff plantea que *lo decisivo no son las religiones, sino la espiritualidad subyacente a ellas. Es la espiritualidad la que une, conecta y reconecta e integra. Ella y no la religión ayuda a componer las alternativas de un nuevo paradigma civilizatorio*⁶⁵.

Por su parte, como acentúa De Leon⁴⁷, los dependientes no están tratando sólo su enfermedad o cambiando sus comportamientos y actitudes, sino que están siendo forjados para cambiarse a sí mismos. La CT, además de contemplar al residente

en su integralidad de espíritu, alma y cuerpo es, por naturaleza, un modelo (re)educativo ya que prepara al residente para el regreso a la vida social⁸. De esta forma, cabe concluir que *estudiar científicamente la espiritualidad es una campaña muy motivadora y peligrosa. Esta es un área repleta de prejuicios, a favor y en contra de la espiritualidad (...) necesitamos explorar la relación entre espiritualidad y salud para mejorar nuestro conocimiento sobre el ser humano y nuestros abordajes terapéuticos*⁶⁶.

La solidaridad como referencia bioética

Desde el punto de vista humano, la solidaridad asume un valor social que nos une unos a otros, formando una comunidad que debe defender los mismos intereses, y su inclusión como referencia de la bioética tiende a utilizarla en las deliberaciones acerca de los valores⁶⁷. Hossne y Silva⁶⁷ explican que la solidaridad podría ayudar para resoluciones bioéticas, pues su objetivo principal es permitir la caracterización de una referencia teniendo en cuenta las acciones éticas más adecuadas.

El concepto de solidaridad puede ser visto como un conjunto de lazos que une a los individuos en la constitución de un grupo social⁶⁸, que tiene como función primordial mantener la cohesión del grupo y conservar la vida⁶⁹, expresiones que nos permiten entender su adecuación a las vivencias en las CT. La solidaridad fue ignorada hasta el inicio de este siglo frente al predominio de la visión individualista y autonómica. No obstante, con el surgimiento de abordajes sociales y políticos, pasó a ser más valorada en la perspectiva bioética⁶⁸.

La solidaridad transmite, entre otras, el siguiente mensaje: *tú no estás solo, deja la soledad, estamos junto a ti*⁷⁰. Así, se trata no sólo de una noción o concepto, sino principalmente de una práctica o un modo de vida, lo que permite que pase de una marca ética de las relaciones humanas en el sentido universal, al nivel de la conducta individual, en los diversos aspectos de la existencia⁶⁷.

Debido al creciente interés y sus aplicaciones, el sentido universal de la solidaridad focaliza en los intereses de las comunidades como un todo teniendo en cuenta que, en los últimos tiempos, su concepto ha estado ligado a cuatro nuevas áreas de reflexión de la bioética: 1) el ámbito de la salud pública; 2) el contexto de justicia y equidad de los sistemas de salud; 3) el paradigma de la salud global (bioética global); 4) la conexión con los procesos que conducen al bienestar de la sociedad⁶⁸. Los autores destacan, además, que, en el campo

de la bioética, la solidaridad tiene una relevancia especial en la asistencia a la salud, así como en los cuidados de larga duración y en las cuestiones ligadas a la asistencia social⁶⁸, situaciones estas vivenciadas en las CT.

Los voluntarios entienden a la solidaridad como un proceso basado en la responsabilidad social, y tienen consciencia de que sus acciones son importantes para la sociedad¹. De Leon⁴⁷ explica que vivir y trabajar en una CT ayuda a promover la solidaridad con los compañeros y a sumar personas por medio de la relación interpersonal, imprescindible en el día a día. Estos voluntarios son los principales agentes de cambio, dado que son responsables de sí mismos y de ayudar a sus compañeros.

De la misma forma, Selli y Garrafa⁷² evalúan que, entre los nuevos principios y valores ligados a la sociabilidad contemporánea, aquel que mejor representa las relaciones interpersonales es la solidaridad. Por su parte, Junges¹⁸ enfatiza que ésta debe ser usada como forma de disminuir la enorme desigualdad de clases y de orientar éticamente las relaciones sociales asimétricas.

Teniendo en cuenta esto, la solidaridad debe ser entendida como la capacidad del agente para discernir las dimensiones sociales y políticas que están indisolublemente presentes en la acción solidaria⁷². A esto Selli y Garrafa lo denominan *solidaridad crítica*, sugiriendo su inclusión como valor a ser incorporado en la agenda bioética del siglo XXI para guiar a las personas en la práctica voluntaria⁷². Además, introducen la expresión *voluntariado orgánico*, concepto definido como participación politizada, comprometida, activa y beneficiante de las personas que desarrollan un servicio voluntario en busca de condiciones necesarias para la democratización efectiva del Estado y no sólo como la dedicación a una determinada causa o a alguien por el sentimiento de solidaridad personal. De esta manera, la solidaridad crítica se centra en el compromiso del sujeto con sus intervenciones y acciones, y el voluntariado orgánico se torna un espacio para el ejercicio de la libertad individual y colectiva⁷².

Finalmente, se enfatiza que en las CT la solidaridad induce obligaciones mutuas, razón por la que está incorporada en el método de tratamiento, pues todos son compañeros y dependen unos de otros. Se resalta, por lo tanto, que ayudar a los demás es algo profundamente enraizado en el deber natural de la solidaridad existente en el colectivo humano, como ocurre en las CT, lugar en el que los residentes permanecen juntos por algunos meses. Además, está presente también en las acciones de muchos que

concluyeron el programa de recuperación en la CT y que comenzaron a actuar, voluntariamente, como “padrinos” de nuevos acogidos⁴⁷. En Brasil, el 32,6% de los dirigentes de CT se declararon beneficiarios de tratamientos en CT¹⁰.

El cuidado respetuoso – nueva referencia bioética

Los diccionarios identifican “cuidado” como atención, dedicación, cariño y, sobre todo, empatía gratuita y placentera. Fenomenológicamente, el “cuidado” es un modo de ser, una manera de existir de las personas que genera comportamientos y actitudes permanentes, que se tornan la base de una nueva ética general, la ética de la atención especial con los más débiles (vulnerados)⁷³. Concluyendo esta conceptualización y apoyándose en Heidegger, Pegoraro define *el ente que nosotros somos como ser cuidadoso*⁷⁴.

Dall’Agnol⁷⁵ introduce en esta discusión, considerando los fundamentos de la bioética, un nuevo e importante concepto, el *cuidado respetuoso*: se trata de una nueva mirada para el cuidado, que se refiere a una actitud considerada fundamental para la bioética actual. Para muchos eticistas y filósofos morales contemporáneos, tanto *cuidar* como *respetar* son actitudes que expresan formas de valorar individuos vulnerables, como ocurre, por ejemplo, en las CT.

El cuidado, en general, es entendido como una forma de preservar o incrementar el bienestar del individuo vulnerable. Sin embargo, se puede transformar en paternalismo cuando el cuidador desea imponer valores, algún procedimiento específico o cierta concepción de bien que no es compartida por el individuo vulnerable⁷⁵, algo que debe evitarse en esta relación.

Según Dall’Agnol⁷⁵, el debido respeto es capaz de limitar el cuidado y evitar que decante en acciones paternalistas. Sin embargo, según el autor, el propio respeto se puede tornar una actitud negativa si no fuera adecuadamente dosificado, lo que permite concluir que el respeto sin el cuidado puede conducir a la indiferencia y al individualismo, es decir, reforzando la teoría del *cuidar respetuoso*.

En este aspecto, la simpatía sería un ingrediente fundamental, entendida como la capacidad de compartir alegrías o tristezas, dolores y sufrimientos de los demás. Se debe decir además que la ética del cuidado se basa en una relación individual, única, entre cuidador e individuo vulnerable y, de este modo, el primero debería preservar o aumentar el bienestar del individuo vulnerable, expandiendo la

situación hacia una relación más amplia y colectiva como ocurre en las CT, por ejemplo.

En síntesis, el cuidado es entendido como una forma de cuidar e incrementar el bienestar de los individuos vulnerables. En este sentido, un principio bioético fundamental debe ser *el del respeto por la persona* y no simplemente el respeto por la autonomía de la persona consciente, teniendo en cuenta que el respeto es uno de los valores más importantes del ser humano y muy relevante en las relaciones sociales. Cabe recordar que, en este mismo diapasón, el respeto fue el valor humano espontáneamente más referenciado por los dirigentes y técnicos de CT de Santa Catarina en el 1º Seminario Estadual del Proyecto Revivir, en 2014¹⁵.

Se puede entender que esta forma de cuidado se concretiza plenamente cuando se establece un lazo de confianza y respeto entre las partes. Para conquistar esa confianza, el cuidador debe mostrar responsabilidad, competencia, respeto y sensibilidad, exteriorizados en las relaciones personales. Se debe recordar que el acogido, por su condición clínica, se encuentra siempre en una situación de vulnerabilidad, pero, no obstante, debe ser respetado en su condición de ser humano digno y detentor de derechos fundamentales.

Por lo tanto, se debe atender a la necesidad de repensar y reanalizar el cuidado y el respeto en el contexto más amplio de la bioética general, de manera digna, ética y humana (la importancia de la escucha en las relaciones), ya que son derechos fundamentales del vulnerable. Por último, se enfatiza que el cuidado respetuoso es un nuevo concepto bioético y su aplicación ética en las relaciones interpersonales de las CT es muy significativo, razón para concluir que *solamente el cuidado respetuoso se constituye en una actitud verdaderamente moral y, por consiguiente, es absolutamente necesario para la bioética actual*⁷⁶.

Referências

1. Schlemper Junior BR. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: referência para vigilância sanitária em comunidades terapêuticas. Rev. bioét. (Impr.). 2017;25(3):462-72.
2. Trzcinski C, Cetolin SF. Crack: um fenômeno em evidência. In: Cetolin SF, Trzcinski C, organizadoras. A onda das pedras: crack e outras drogas. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2013. p. 47-60.
3. España. Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994 [acceso 28 jun 2017]. Disponible: <http://bit.ly/PwhfbG>
4. Argudo EG, coordinadora. Abordaje de las adicciones en red [Internet]. Bilbao: Osakidetza; 2016 [acceso 28 jun 2017]. Disponible: <http://bit.ly/2jOhznF>
5. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. 1990;85(11):1403-8.
6. Caplan A. Denying autonomy in order to create it: the paradox of forcing treatment upon addicts. Addiction. 2008;103(12):1919-21.
7. Damas FB. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Rev Saúde Pública. 2013;6(1):50-65.

Consideraciones finales

Los que se preocupan por el futuro de la bioética destacan la necesidad de que este campo salga del espacio académico y gane amplia difusión en la sociedad para ser operativo, por medio de sus principios y referencias, en la búsqueda de las mejores soluciones en los conflictos concretos de la realidad. Sánchez González y Moreno sugieren que a futuro la bioética debería *ser un instrumento de educación moral para una nueva democracia deliberativa y participativa, (...) constituir el núcleo de la ética civil que necesitan las sociedades*⁷⁷. Así, en base a esta visión, se incorporaron consideraciones bioéticas poco analizadas en el proceso de cuidar en las CT, como la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, la alteridad, la espiritualidad, la solidaridad y el cuidado respetuoso.

A pesar de que las CT realizan actividades permeadas por profundas divergencias y sufren críticas por recibir recursos públicos, así como también por su discutida eficacia y métodos de tratamiento, que restringen algunos derechos fundamentales de los dependientes, es un imperativo comprender que negar su existencia o darle la espalda es una actitud incoherente, es huir de la realidad social vivenciada por miles de acogidos.

Se entiende, así, la importancia de discutir sus perspectivas futuras para tornarlas más efectivas y con una acogida compatible con los estándares bioéticos contemporáneos. Por esta razón, los desafíos para las CT en el país deben ser la aproximación a la investigación científica, la evaluación continua y la creación de procesos educativos basados en los principios y referencias bioéticas, para mejorar los equipos de las CT. Para ello, se sugiere la institución de Comités Intermunicipales de Bioética, como mecanismos compatibles para atender a esas necesidades.

8. Gomes RM. Comunidade terapêutica e (re)educação. *Rev Segur Urbana Juventude*. 2010;3(2):1-18.
9. Carvalho T, Melo SIL, Oliveira RJA. Comunidades terapêuticas em Santa Catarina: produção científica e controvérsias. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Comunidades terapêuticas: cenário de inovação em Santa Catarina*. Florianópolis: Insular; 2015. p. 49-56.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Nota Técnica nº 21 [Internet]. mar 2017 [acesso 3 jul 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2xhZW8f>
11. Pozas JEM. Comunidades terapêuticas en España: evolución histórica, situación actual y perspectivas [Internet]. jun 1998 [acesso 22 jan 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2ybbwNX>
12. Organización de las Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación: guía práctica de planificación y aplicación [Internet]. New York: ONU; 2003 [acesso 28 jun 2017]. p. IV.5. Disponível: <http://bit.ly/2jf7GSH>
13. Schlemper Junior BR. Contribuição da bioética ao acolhimento nas comunidades terapêuticas. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 102-20.
14. Hossne WS, Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Bioética no século XXI: anseios, receios e devaneios*. São Paulo: Loyola; 2017.
15. Souza ML, Schlemper Junior BR. Valores na perspectiva dos dirigentes das comunidades terapêuticas. In: Souza ML, Scarduelli P, organizadores. *Op. cit.* p. 94-101.
16. Petry P, Conte K, Bonamigo EL, Schlemper Junior BR. Comitê de bioética: uma proposta para a atenção básica à saúde. *Bioethikos*. 2010;4(3):258-68.
17. Hooft L. Diálogos y contrapuntos bioéticos: 18 prestigiosos bioeticistas de Iberoamérica y Estados Unidos debaten sobre temas clave de la actualidad. Buenos Aires: Biblos; 2012.
18. Junges JR. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Ed. Unisinos; 2005.
19. Sánchez González MA. *Bioética en ciencias de la salud*. Barcelona: Masson; 2013. p. 214.
20. Drane JF. Prólogo. In: Hooft L. *Diálogos y contrapuntos bioéticos: 18 prestigiosos bioeticistas de Iberoamérica y Estados Unidos debaten sobre temas clave de la actualidad*. *Op. cit.* p. 15.
21. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. 1994;2(2):129-35.
22. Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2006;31(2):117-20.
23. Segre M, Seibel SD. Aspectos éticos das atenções de saúde com relação ao dependente de drogas. In: Segre M. *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 213-22.
24. Childress J. Entrevista. *Rev Ser Médico*. 2013;64:4-9.
25. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
26. Durand G. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007. p. 176.
27. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SLF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM; 1998. p. 269-84. p. 270.
28. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
29. Gracia D. As drogas e seu mundo. In: Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola; 2010. p. 370-7.
30. Lévinas E. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Vozes; 1993.
31. Siqueira JE. Reflexão bioética sobre a responsabilidade cidadã e o ato de cuidar. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, organizadores. *Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética*. Brasília: CFM; 2016. p. 177-206.
32. Siqueira JE. *Op. cit.* p. 193.
33. Cortella MS. Qual é a tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 4ª ed. Petrópolis: Vozes Nobilis; 2008. p. 117.
34. Hossne WS, Segre M. Dos referenciais da bioética: a alteridade. *Bioethikos*. 2011;5(1):35-40. p. 40.
35. Movimento Porta Aberta. *Centro de Interação e Integração Humana de Santa Catarina. Recuperação e valorização do homem [mimeografado]*. Florianópolis; 1987.
36. Movimento Porta Aberta. *Op. cit.* p. 3.
37. Magalhães DEF, Silva MRS. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. *Reme*. 2010;14(3):408-15.
38. Almeida DV, Ribeiro Júnior N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Bioética, cuidado e humanização*. São Paulo: Loyola; 2014. v. 2. p. 237-46.
39. Hossne WS, Segre M. *Op. cit.* p.38.
40. Gauer GJC, Gioielli G, Rosa CT, Wagner HL, Calvetti PU. A relação profissional de saúde e paciente. In: Loch JÁ, Gauer GJC, Casado M, organizadores. *Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica*. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2008. p. 63-82.
41. Hirsch EM. The role of empathy in medicine: a medical student's perspective. *Virtual Mentor*. 2007;9(6):423-7.
42. Hardee JT. An overview of empathy. *Perm J*. 2003;7(4):51-4.
43. Ten Have H, Gordijn B. Empathy and violence. *Med Health Care Philos*. 2016;19(4):499-500.

44. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. In: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p. 109-26. (Coleção Humanidades Médicas nº 3).
45. Jardim PCBV. A relação médico-paciente-equipe de saúde. In: Branco RFGR. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 253-6.
46. Marques Filho J. Bioética clínica: cuidando de pessoas. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(1):31-3.
47. De Leon G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola; 2003.
48. Hossne WS, Pessini L. Dos referenciais da bioética: a espiritualidade. *Bioethikos*. 2014;8(1):11-30.
49. Souza VCT. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna: desafios éticos para uma medicina mais humana. *Bioethikos*. 2010;4(1):86-91.
50. Boff L. *Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
51. Loiola R. A espiritualidade sem Deus: entrevista com Sam Harris. *Rev Veja* [Internet]. 14 dez 2014 [atualizado 9 maio 2016; acesso 25 jan 2017]. Disponível: <http://abr.ai/2ArFMu0>
52. Souza VCT, Pessini L, Hossne WS. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Bioethikos*. 2012;6(2):181-90.
53. Santos MPG. Comunidades terapêuticas: unidades de privação de liberdade? *Ipea, Boletim de Análise Político-Institucional*. 2016;(10):39-46. p. 41.
54. Pessini L, Bertachini L. Espiritualidade e cuidados paliativos. In: Bertachini L, Pessini L, organizadores. *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final da vida*. São Paulo: Paulinas; 2011. p. 267-96.
55. World Medical Association. Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. 1981. Reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway [Internet]. 2015 [acesso 16 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2AUpy89>
56. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 2001;8(3):107-12.
57. Panzini, RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(1 Suppl):105-15.
58. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(2):176-82.
59. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clín Med*. 2010;8(2):154-8.
60. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016;24(1):49-53.
61. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.
62. Leite IS, Seminotti EP. A influência da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013;17(2):189-96.
63. Mohr S, Borrás L, Nolan J, Gillieron C, Brandt PY, Eytan A *et al*. Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: a multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *Int J Psychiatry Med*. 2012;44(1):29-52.
64. King M, Marston L, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):68-73.
65. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 21.
66. Moreira-Almeida A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34(1 Suppl):3-4. p. 4.
67. Hossne WS, Silva FL. Dos referenciais da bioética: a solidariedade. *Bioethikos*. 2013;7(2):150-6.
68. Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, Hossne WS. Os novos referenciais da bioética global: a solidariedade, a vulnerabilidade e a precaução. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, Hossne WS. *Bioética em tempos de globalização*. São Paulo: Loyola; 2015. p. 17-30.
69. Boff L. *Op. cit.* 2008.
70. Hossne WS, Silva FL. *Op. cit.* p. 155.
71. Penteado FG, Silva LES, Rodrigues RDC, Prado MM, Bugarin Junior JG. Análise bioética da percepção da solidariedade na ação do voluntariado. *Bioética*. 2005;13(1):65-78.
72. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):473-8.
73. Pegoraro O. A existência humana é existência cuidadosa. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Op. cit.* p. 225-36.
74. Pegoraro O. *Op. cit.* p. 229.
75. Dall'Agnol D. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. *Bioethikos*. 2012;6(2):133-46.
76. Dall'Agnol D. *Op. cit.* p. 145.
77. Sánchez González MA, Moreno B. El futuro de la bioética. In: Ruiz-Valdepeñas BH, Moya FB, coordenadores. *Historia ilustrada de la bioética*. Madrid: Fundación Tejerina; 2015. p. 241-54. p. 251.

