

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Pelotas, 2015

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde. Área de concentração: processo de trabalho em saúde, educação e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maira BussThofehr

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A775i Arrieira, Isabel Cristina de Oliveira

Integralidade em cuidados paliativos : enfoque no sentido espiritual / Isabel Cristina de Oliveira Arrieira ; Maira Buss Thofehn, orientadora. — Pelotas, 2015.

166 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Espiritualidade. 2. Cuidados paliativos. 3. Paciente terminal. 4. Equipe interdisciplinar de saúde. 5. Integralidade. I. Thofehn, Maira Buss, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 20/05/2015

Banca examinadora:

.....
Prof.^a Dr.^a Maira Buss Thofehrn. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

.....
Prof. Dr. Osmar Miguel Schaefer. Doutor em Filosofia pela Universidade de Louvain, Bélgica.

.....
Prof.^a Dr.^a Adriana Dora da Fonseca. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

.....
Prof.^a Dr.^a Luciane Prado Kantorski. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

.....
Prof.^a Dr.^a Viviane Marten Milbrath. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

.....
Prof.^a Dr.^a Rosani Manfrim Muniz. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (suplente).

.....
Dr.^a Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande (suplente).

.....
Prof.^a Dr.^a Maria Julia Paes. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (suplente).

Dedico este estudo a esta energia suprema que significo como Deus, a qual me oportuniza uma vida plena de sentido, por meio da convivência com minha família e da realização profissional como docente e enfermeira de uma equipe interdisciplinar que me possibilitou conviver com pessoas em fase de cuidados paliativos. Pessoas que me ensinam a valorizar cada minuto da minha existência como um milagre que não poderá ser repetido. Dedico-o também ao meu amado pai que se encontra na dimensão espiritual, mas que até o último momento de sua existência terrena me incentivou a estudar e trilhar o caminho que me conduzisse à felicidade!!

*Se percebemos que a vida realmente tem um sentido,
percebemos também que somos úteis uns aos outros.
Ser um ser humano é trabalhar por algo além de si mesmo.*

Viktor Frankl

Agradecimentos

Agradecer é o reconhecimento de que, enquanto seres gregários por natureza, nossa existência só faz sentido quando podemos contar com a contribuição amorosa de nossos familiares, educadores, colegas e amigos, permeados pela energia superior que envolve o nosso ser. Por isso, reporto-me e agradeço:

À minha orientadora Dr.^a Maira Buss Thofehn, parceira desde o mestrado, por ter aceitado o desafio de iniciar o estudo da espiritualidade e agora aprofundá-lo numa tese de doutorado, por não ter medido esforços para auxiliar-me na elaboração deste estudo e pela sua experiência de pesquisadora que soube me instigar a buscar respostas para as questões que não estavam claras.

Ao professor Dr. Osmar Miguel Schaefer, que foi uma luz que encontrei nesta caminhada do doutorado, clareando-me de forma extremamente humana e encantando-me com o seu conhecimento da filosofia, fenomenologia, existencialismo e da hermenêutica.

À Prof.^a Dr.^a Luciane Kantorski, motivadora do meu ingresso no curso, quem, além de contribuir na qualificação do projeto e desenvolvimento da tese, momento fundamental para a continuidade do estudo, agora, mesmo à distância, honrou-me com sua avaliação criteriosa e excelentes contribuições.

À Prof.^a Dr.^a Adriana Dora da Fonseca, pessoa ímpar, acolhedora, motivadora, que prontamente mostrou-se disponível para auxiliar-me na elaboração do projeto, qualificação e desenvolvimento da tese.

À Prof.^a Dr.^a Viviane Milbrath, jovem pesquisadora, apaixonada pela fenomenologia e pelo Heidegger, foi fundamental na qualificação do projeto e na elaboração desta tese.

À Prof.^a Dr.^a Rosani Manfrim Muniz, que me acompanha desde o mestrado, cuidadosa, faz uma avaliação detalhada de tudo para que fique muito bem elaborado.

À Dr.^a Camila Schwonke, também parceira da caminhada profissional, que desde o início do doutorado me brinda com discussões que me instigam à busca de novos conhecimentos e que foi também motivadora da construção desta tese.

À Prof.^a Dr.^a Maria Julia Paes, de cujo conhecimento sou admiradora, pela generosidade de compartilhá-lo com todos nós.

À direção da faculdade de enfermagem e à coordenação do programa de pós-graduação, que se empenharam para a aprovação do curso, pois, assim como no mestrado, fui privilegiada em participar da primeira turma.

Às pessoas incluídas no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico, assim como aos profissionais da equipe, que foram incansáveis durante a realização da pesquisa e acreditaram que poderiam contribuir para o desenvolvimento científico, em busca da atenção integral que leva à satisfação das pessoas que necessitam de cuidados paliativos e dos próprios trabalhadores da saúde.

À minha família: Toninho, meu companheiro de longos anos, sempre presente, Rafael, Isadora, Isabella, Henrique, Cris, Helena, Alemão, meus adorados filhos, noras, genro e neta, que se mostraram solidários durante mais este percurso de estudos. Meus meninos Rafael, fisioterapeuta, tratou das minhas dores decorrentes da digitação, e Henrique, educador físico, preocupou-se em fazer alongamentos e reforços musculares para que eu pudesse dar continuidade ao trabalho e a minha menina Helena que está concluindo o curso de Terapia Ocupacional também foi solidária me auxiliando nesta etapa final.

À Anthonya, minha menininha do coração, fui presenteada pela sua intensa companhia. Inúmeras vezes, quando mergulhada no estudo da fenomenologia, convidou-me a dar um tempo para acompanhá-la numa brincadeira, ou atendê-la numa necessidade, momentos de pausa extremamente ricos que me revigoraram para continuar estudando.

Aos meus pais, que me deram o dom da vida e sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos. Meu pai em outra dimensão da existência, mas sempre presente em meus pensamentos e sonhos. Minha mãe, que em muitos

momentos da realização desta tese esteve presente, auxiliando-me nas tarefas domésticas durante os finais de semana, para que pudesse me dedicar mais intensamente, pois todo o tempo que tive foi muito bem aproveitado!

A todas as minhas colegas do doutorado, parceiras de chimarrão durante as aulas, que me ensinaram muito durante a socialização de conhecimentos.

Ao meu amigo e colega Mateus Valadão, meu exímio formatador, ninguém faz igual.

A todos os professores do doutorado que tiveram um papel importante na abordagem de conhecimentos e de suas experiências, que contribuíram para a realização deste estudo.

Aos meus colegas da direção do Hospital Escola, com os quais convivi mais intensamente nos últimos anos, Julieta, Dudu, Tomás, Camila, Luciana, Fernanda, Dinéia, Carmem e Enos, que inúmeras vezes ouviram com carinho e atenção meus comentários em relação a minha caminhada durante o doutorado.

Aos meus colegas da Universidade Católica de Pelotas, pelo carinho e apreço que tiveram comigo durante esta caminhada.

Às colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (NEPEN), pelo companheirismo e incentivo nesta caminhada de estudos e pesquisa.

Resumo

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual.**

O estudo teve como objetivo compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção a pessoa e para equipe interdisciplinar de cuidados paliativos a partir do referencial de Viktor Frankl e como objetivos específicos compreender a influência da espiritualidade no trabalho dos profissionais da equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos e desvelar as expectativas das pessoas em cuidados paliativos em relação ao cuidado espiritual prestado pelos profissionais da saúde. Teve uma característica metodológica denominada qualitativa por usar o referencial teórico de Viktor Frankl, o qual se inspira em princípios da fenomenologia e do existencialismo, vertentes filosóficas que consolidaram este paradigma como integrante da prática de pesquisa em ciências sociais e humanas. Os participantes foram pessoas em cuidados paliativos do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico e os profissionais da equipe interdisciplinar que as cuida. Num período de três semanas a pesquisadora acompanhou o atendimento a estas pessoas juntamente com a equipe com o objetivo de identificar as que estivessem dentro dos critérios de inclusão. As informações foram coletadas através da observação, diário de campo e de entrevista fenomenológica para as pessoas que estavam em cuidados paliativos e para os profissionais, sendo que, as informações observadas foram anotadas no diário de campo durante o contato com os participantes e as entrevistas realizadas no período de junho à outubro de 2014, foram gravadas e logo transcritas e transformadas em texto. Este foi interpretado com a abordagem fenomenológica hermenêutica, a qual caracteriza o pensamento do filósofo contemporâneo Paul Ricoeur, que segue os seguintes passos: a) elaboração do texto: a partir das descrições das informações coletadas; b) releitura atenta dos textos para relacionar a compreensão; c) interpretação do texto para estabelecer unidades de significado, d) compreensão, também denominada sensibilidade manifesta. A partir daí surgiram quatro grandes categorias com suas respectivas subcategorias: a) o sentido da espiritualidade para as pessoas em cuidados paliativos; b) sentido de integralidade do cuidado; c) o sentido da espiritualidade para os profissionais que cuidam de pessoas em tratamento paliativo e d) integralidade do cuidado. Através da experiência vivida tanto pelas pessoas que estão em cuidados paliativos, como pelos profissionais que os atendem, compreende-se que para a integralidade da atenção faz-se necessário a inclusão da espiritualidade em todos os cenários que permeiam o trabalho em saúde desde a formação, educação permanente, atenção e pesquisa. Compreende-se também que as ações dos profissionais da saúde visam a atenção de um ser humano que é composto pelas dimensões física, emocional, social e espiritual. O estudo levou à confirmação da tese de que a espiritualidade proporciona o encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais que a cuidam em sua integralidade.

Palavras-chave: espiritualidade; cuidados paliativos; paciente terminal; enfermagem; equipe interdisciplinar de saúde; integralidade; existencialismo.

Abstract

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **Comprehensive palliative care: focusing on the spiritual meaning**

The aim of this study was to understand the importance of spirituality for the comprehensive care to the person and the interdisciplinary team of palliative care, starting from the theoretical framework of Viktor Frankl. The specific objectives were to try and understand the influence of spirituality in the work of professionals from the interdisciplinary team working in palliative care and to unveil the expectations of people who are under such care in relation to the spiritual care provided by health professionals. There is a methodological characteristic called qualitative, due to the use of the theoretical framework of Viktor Frankl, which is based on principles of phenomenology and existentialism, philosophical strands that have consolidated this paradigm as part of research practice in social sciences and humanities. The participants in the survey were people undergoing palliative care in Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico from Hospital Escola in Universidade Federal de Pelotas and the professionals in the interdisciplinary team who care for the patients. During a three-week period, the researcher followed the care of these people along with the staff in order to identify those who fulfilled the criteria for inclusion in the survey. The information was collected through observation, field diary and phenomenological interview. The collected information was recorded in the field diary during contact with the participants, and the interviews conducted from June to October 2014 with people in palliative care and the interdisciplinary team were recorded and transcribed. The text which was the result of the interviews was interpreted with the hermeneutic phenomenological approach, which characterizes the thinking of contemporary philosopher Paul Ricoeur. From the interpretation of the information, four major categories and their respective subcategories emerged: a) the meaning of spirituality for people in palliative care; b) the meaning of comprehensive care; c) the meaning of spirituality for professionals who work with people in palliative care d) comprehensive care. Through lived experience, both for people who are in palliative care as for the professionals who serve them, it is understood that, for comprehensive care, the inclusion of spirituality in all scenarios of health work is necessary for training, lifelong learning, attention and research. It is also understood that the actions of healthcare professionals are concerned with the attention to a human being who is made of physical, emotional, social and spiritual dimensions. The study led to the confirmation of the thesis that spirituality provides the existential encounter between the person in palliative care and the professionals working with her/him.

Keywords: spirituality; palliative care; terminal patient; nursing; patient care team; integrality; existentialism.

Resumen

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **Integralidad en cuidados paliativos: enfoque en el sentido espiritual.**

Este estudio tuvo como objetivo general la comprensión del sentido de espiritualidad para la integralidad de la atención a la persona y para el equipo interdisciplinar de cuidados paliativos, a partir del referencial teórico de Viktor Frankl. Como objetivos específicos, se buscó comprender la influencia de la espiritualidad en el trabajo de los profesionales del equipo interdisciplinar que actúa en cuidados paliativos, y desvelar las expectativas de las personas que reciben estos cuidados con respecto al cuidado espiritual prestado por los profesionales de salud. Tuvo una característica metodológica denominada cualitativa, en virtud de la utilización del referencial teórico de Viktor Frankl, el cual se inspira en principios de la fenomenología y del existencialismo, vertientes filosóficas que han consolidado este paradigma como integrante de la práctica de investigación en ciencias sociales y humanas. Los participantes de la investigación fueron personas en cuidados paliativos del Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar del Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas y los profesionales del equipo interdisciplinar que las cuidan. Durante un período de tres semanas, la investigadora acompañó la atención a esas personas juntamente con el equipo, con el objeto de identificar a los que estuvieran dentro de los criterios de inclusión en la investigación. Se colectaron las informaciones por medio de observación, diario de campo y entrevista fenomenológica. Las informaciones observadas se anotaron en el diario de campo durante el contacto con los participantes, y las entrevistas, que se realizaron en el período de junio a octubre de 2014 con las personas en cuidados paliativos y el equipo interdisciplinar, fueron grabadas y transcritas. El texto, resultado de las entrevistas, se interpretó con el abordaje fenomenológico hermenéutico, el cual caracteriza el pensamiento del filósofo contemporáneo Paul Ricoeur. A partir de la interpretación de las informaciones, surgieron cuatro grandes categorías con sus respectivas subcategorías: a) el sentido de la espiritualidad para las personas en cuidados paliativos; b) el sentido de la integralidad del cuidado; c) el sentido de la espiritualidad para los profesionales que cuidan de personas en tratamiento paliativo y d) la integralidad del cuidado. Mediante la experiencia vivida, tanto por las personas en cuidados paliativos como por los profesionales que las atienden, se comprende que, para la integralidad de la atención, se hace necesaria la inclusión de la espiritualidad en todas las escenas que permean el trabajo en salud, desde la formación, la educación permanente, la atención, hasta la investigación. Se comprende, aún, que las acciones de los profesionales de salud tienen vistas a la atención de un ser humano que está compuesto por las dimensiones física, emocional, social y espiritual. El estudio condujo a la confirmación de la tesis de que la espiritualidad proporciona el encuentro existencial entre la persona en cuidados paliativos y los profesionales que la cuidan en su integralidad.

Palabras clave: espiritualidad; cuidados paliativos; paciente terminal; enfermería; equipo interdisciplinar de salud; integralidad; existencialismo.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CLE	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
EMAD	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR
EMAP	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO
HE/UFPEL	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
HPNA	HOSPICE AND PALLIATIVE NURSES ASSOCIATION
IOELC	INTERNATIONAL OBSERVATORY ON END OF LIFE CARE
LILACS	REVISTA LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MEDLINE	LITERATURA INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MD	MÉDICO
NEPEN	NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PHD	DOUTOR EM FILOSOFIA
PIDI	PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR INTERDISCIPLINAR
SCIELO	SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY ONLINE
SRPB	SPIRITUALITY, RELIGIOUSNESS AND PERSONAL BELIEFS
WHOQOL	WORD HEALTH ORGANIZATIONS QUALITY OF LIFE MEASURE

Sumário

1.	Introdução	14
1.1	Objetivos	26
1.1.1	Objetivo geral.....	26
1.1.2	Objetivos específicos.....	26
1.2	Tese	26
2.	Revisão de literatura	27
2.1	Historiando os cuidados paliativos e o processo de morte	27
2.2	Espiritualidade no processo de trabalho em cuidados paliativos	35
3.	Referencial teórico-filosófico	41
3.1	Existencialismo como referencial filosófico	41
3.2	O existencialismo a partir da obra de Viktor Frankl	43
3.2.1	Conhecendo a trajetória existencial do autor	43
3.2.2	A logoterapia e as principais obras do autor	48
3.2.3	Análise existencial e a busca do sentido segundo Viktor Frankl.....	52
3.2.4	Tríade trágica na visão frankliana	55
4.	Trajetoória da pesquisa.....	59
4.1	Caracterização da pesquisa	59
4.2	Contextualizando o local da pesquisa.....	61
4.3	Aspectos éticos da pesquisa	63
4.4	Participantes da pesquisa	65
4.5	Coleta e interpretação das informações.....	66
5	Apresentação das informações	72
5.1	Observações sobre os participantes em cuidados paliativos	72
5.2	O sentido da espiritualidade para as pessoas em cuidados paliativos	82
5.2.1	Continuidade da vida	82
5.2.2	Alívio do sofrimento.....	84
5.2.3	Naturalidade da morte.....	85
5.2.4	Valorização do viver	88

5.3	Sentido de integralidade do cuidado.....	90
5.3.1	Conforto e fé proporcionados pela espiritualidade.....	90
5.3.2	Presença de Deus.....	92
5.3.3	Cuidado espiritual	94
5.4	O sentido da espiritualidade para os profissionais que cuidam de pessoas em tratamento paliativo.....	97
5.4.1	Sentido para a vida.....	97
5.4.2	Sentido ao sofrimento e à morte para os pacientes	98
5.4.3	Sentido ao trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos	101
5.5	Integralidade do cuidado	104
5.5.1	Espiritualidade como recurso terapêutico para a humanização do cuidado	105
5.5.2	Continuidade da vida e cura espiritual.....	109
5.5.3	Espiritualidade e formação dos profissionais	110
6	Recomendações para a inclusão da espiritualidade ao cuidado integral em saúde a partir deste estudo	113
6.1	Na formação dos profissionais da área da saúde	113
6.2	Na educação permanente em instituições de saúde.....	114
6.3	Em grupos de estudo de espiritualidade com equipes que atuam em cuidados paliativos.....	115
6.4	Na anamnese espiritual	116
6.5	Na pesquisa	116
7	Reflexões e considerações finais	118
	Referências.....	125
	Apêndices	141
	Apêndice A.....	142
	Apêndice B.....	144
	Apêndice C.....	146
	Apêndice D.....	147
	Anexos	161
	Anexo A.....	162
	Anexo B.....	165

1 Introdução

No campo da saúde, observam-se modificações conceituais, as quais se entendem como avanços que partiram da ampliação do conceito de saúde através do estabelecimento das novas diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde deixa de ser “ausência de doença” para se tornar um “bem-estar físico, psíquico, social e espiritual” (WHO, 2002). Recentemente, esses quatro campos têm orientado a produção científica das diversas áreas que compõem as ciências da saúde, na qual foi incluída a dimensão espiritual como parte da integralidade humana, com vistas a atender as necessidades existenciais manifestadas pelo ser humano.

Aliando-se a essas modificações teóricas, surge também no presente o despertar do ser humano quanto aos valores relacionados à espiritualidade e à religiosidade. Ainda agregado a essa situação, estudos coordenados pelo Dr. Harold Koenig¹ vêm demonstrando que as pessoas que desenvolvem certos valores e práticas, tais como a oração e a meditação, têm melhor qualidade de vida e respondem de maneira mais satisfatória quando submetidas a determinados tratamentos de saúde (KOENIG, 2012).

A partir de então, a OMS criou o Grupo de Qualidade de Vida, que inclui a Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB) no seu instrumento genérico de qualidade de vida, o *World Health Organization's Quality of Life Measure* (WHOQOL). Com esses avanços, surge a necessidade de expandir o conhecimento científico, no que se refere ao reconhecimento das necessidades espirituais, tanto

¹ Dr. Harold Koenig é o maior especialista no campo da espiritualidade e sua influência sobre a saúde, com mais de 40 livros, 300 artigos científicos e 60 capítulos de livros publicados. Suas contribuições demonstram cada vez mais o encontro da ciência com a espiritualidade (KOENIG, 2012).

dos pacientes quanto da população em geral (FLECK CHACHAMOVICHA; TRENTINIB, 2003).

Frankl (2007) considera que a existência propriamente humana é a espiritual, sendo esta considerada superior às demais. Para o autor, o ser humano se difere dos animais porque a dimensão espiritual faz parte de seu ser. Em nenhum momento o ser humano deixa as demais dimensões, mas a essência de sua existência está na dimensão espiritual, dimensão da vivência da liberdade e da responsabilidade, caracterizada justamente pela capacidade de se posicionar e responder com liberdade diante das circunstâncias presentes no cotidiano.

Em um estudo qualitativo realizado com enfermeiras iranianas a respeito da espiritualidade em suas vidas profissionais, esta foi entendida como o encontro do significado e do propósito da vida. Além disso, observou-se que, para elas, o cuidado espiritual se concentra no respeito pelos pacientes, em interações amigáveis e simpáticas, na partilha de rituais e funciona como potencializador do encontro da força interior por pacientes e enfermeiras (MAHMOODISHAN *et al.*, 2010).

Em outra pesquisa, realizada no Texas com cuidadores de pacientes com câncer avançado, todos relataram que a espiritualidade e a religiosidade ajudaram a lidar com a doença, e que, para a maioria dos participantes, a presença desses valores teve um impacto positivo sobre os sintomas de seu ente querido, melhorando inclusive os aspectos físicos e emocionais. No referente à avaliação espiritual dos cuidadores, foi encontrada uma alta prevalência de dor espiritual, o que acarretava em sofrimento psíquico e em baixa qualidade de vida. Esses resultados demonstram a importância da avaliação e apoio espiritual também para os cuidadores de pacientes com doença avançada (GUAY *et al.*, 2013).

Entende-se por dor espiritual a perda de sentido e esperança. É quando a pessoa confia ao profissional sentir dor na alma. Em pesquisas nos Estados Unidos, evidenciou-se que o aconselhamento em questões espirituais situa-se entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e por seus familiares (PESSINI, 2002).

Nas últimas décadas, no processo de trabalho da saúde, conquistou-se o reconhecimento do direito à saúde através da implantação da Política Nacional de Humanização como política de inclusão de todos os sujeitos na construção da saúde individual e coletiva. Além disso, tem-se trabalhado com programas de educação

permanente, que ressaltam a necessidade de desenvolverem-se habilidades de acordo com a realidade imposta no cotidiano de trabalho, considerando este como espaço de discussão e apropriação de novos conhecimentos com vistas à interdisciplinaridade e à integralidade da atenção (ARRIEIRA *et al.*, 2011). Este último termo, integralidade da atenção, é entendido como a ação global que tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, compreendendo o ser humano como biopsicossocial e espiritual (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Apesar desses avanços, tem-se observado que a abordagem da espiritualidade entre os profissionais da saúde e os pacientes ainda faz-se pouco presente. Dessa forma, sente-se a necessidade de aprofundar o conhecimento neste sentido a fim de proporcionar uma abertura no amplo campo da saúde para o cuidado espiritual, visto que se trata de um componente central da condição humana (ARRIEIRA, 2009).

Constata-se, ainda, uma necessidade de sentido que, cada vez mais, leva o ser humano moderno a ser acometido de uma sensação de vácuo ou vazio existencial, o qual a sociedade industrializada não consegue atender, podendo ser preenchido a partir do entendimento do sentido da vida (FRANKL, 2007).

Considera-se que todo ser humano sente-se incitado a buscar um sentido para sua vida, e essa vontade é precisamente a principal força motivadora da pessoa. No momento em que a pessoa se pergunta sobre o sentido da vida, expressa o que há de mais humano em si (FRANKL, 1989).

A vida tem sentido como um todo, então o sofrimento inevitável tem também seu sentido. O sofrimento faz parte da vida. Concebe-se que a dor que pode ser evitada deve ser evitada, do contrário seria masoquismo (FRANKL, 2008). O sentido é possível mesmo se há sofrimento. Sabe-se que existem situações, em estados de doença terminal, por exemplo, em que a única possibilidade que resta ao ser humano é a de se posicionar com dignidade (FRANKL, 2007).

Para que algo tenha sentido, faz-se necessário envolver-se totalmente numa ação ou tarefa que se mostre atraente e interessante, poder perceber que preenche uma necessidade, de forma que a satisfação proporcionada passará a funcionar como próprio motor da ação (COLL *et al.*, 2001).

Durante a trajetória profissional, atuei por quinze anos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e sempre busquei compreender o sentido das ações. Tive dificuldade em encontrar explicação para a morte e o sofrimento de crianças; no entanto, também observei que quando me aproximava e criava vínculo, tanto com a criança quanto com a família, sentia-me menos angustiada nos dias posteriores ao evento da morte.

Considero que essa vivência instigou-me a buscar uma forma de cuidar de pessoas em processo de terminalidade de maneira que, ao fim do desfecho, ficasse a sensação de ter atendido tanto o paciente quanto sua família de forma digna e essencialmente humana.

Foi então que ousei sair à procura de ampliar o conhecimento na área de terminalidade e cuidados paliativos. Concomitante a esta necessidade, estruturava-se, no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel), uma equipe com o objetivo de prestar cuidados a pacientes com intercorrências do tratamento de quimioterapia e também para os que não mais respondessem ao tratamento curativo, mas que apresentassem sintomas decorrentes da própria doença em fase de evolução, ou seja, uma imensa necessidade de atenção em todos os aspectos que envolvem o processo de morrer.

A partir deste momento, passei a fazer parte de uma equipe multiprofissional com uma proposta de trabalho interdisciplinar. Em conjunto, construiu-se uma metodologia de trabalho embasada na Política Nacional de Humanização, com equipe de referência, equipe de apoio matricial e projeto terapêutico individualizado.

Assim, nesse universo dos cuidados paliativos, surge a demanda de um cuidado do ser humano considerando suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Esta última dimensão era ainda pouco explorada e, conseqüentemente, menos abordada pelos integrantes da equipe.

Tal necessidade era expressada também pelos demais componentes da equipe interdisciplinar que cuidava dos pacientes em processo de terminalidade no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico do HE/UFPel, pois a demanda advinda do cuidado referente à espiritualidade é muito presente. No entanto, a dificuldade no manejo desses aspectos é motivo de frustrações tanto para os pacientes em cuidados paliativos que esperam pela atenção como também para

a equipe, que se sente insegura no que diz respeito a essa abordagem (ARRIEIRA, 2009).

Torna-se importante ressaltar ainda a origem do termo “paliativo”. A palavra deriva do latim *pallium*, que significa manto, objeto que serve para aquecer, proteger aqueles que passam por necessidades, uma vez que a abordagem curativa não surtirá mais efeito. Portanto, a essência dos cuidados paliativos é o alívio dos sintomas em todas as dimensões que compõem o ser humano que se encontra com uma doença em fase avançada, por meio de uma abordagem integral na busca de uma melhor qualidade de vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Atualmente existem em todo o mundo muitas iniciativas de desenvolvimento dos cuidados paliativos. No Brasil, este movimento vem crescendo, porém em menor intensidade. Uma dessas iniciativas surgiu em nossa cidade, em 2005, quando foi criado o PIDI Oncológico. Também a partir desse mesmo ano, começou-se comemorar o dia mundial de cuidados paliativos, no segundo sábado do mês de outubro.

Segundo a OMS, no ano 2030, esperam-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. Atualmente, mais de 70% dos óbitos por câncer ocorrem em países em desenvolvimento, nos quais os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento da doença são limitados ou inexistentes. Os grupos desfavorecidos estão geralmente mais expostos a fatores de risco de câncer, como tabagismo, alcoolismo e agentes infecciosos, além de possuírem menos acesso aos serviços de saúde (WHO, 2007).

As neoplasias são responsáveis por cerca 13% de todas as mortes no mundo, e a maioria dos indivíduos com câncer apresenta doença avançada e incurável no momento do diagnóstico. Além de provocar transtornos aos indivíduos, através da perda de equilíbrio físico, emocional, social e espiritual, o câncer também onera o Estado, com elevados custos no processo de diagnóstico, tratamento e controle de sintomas durante a evolução da doença, além daqueles decorrentes da perda ou redução da capacidade produtiva (WHO, 2002).

A OMS também ressalta o aumento da expectativa de vida em diversas regiões do mundo como uma conquista da humanidade. No entanto, a organização

reconhece que o mundo está sofrendo uma transformação demográfica sem precedentes e que a população com mais de 60 anos passará dos 600 milhões atuais para 1,2 bilhões de pessoas em 2025 e, em 2050, entre de 50 a 70% dessas pessoas necessitarão de cuidados paliativos (WHO, 2002).

Para atender o ser humano em sua integralidade, ou seja, compreendendo-o como um ser composto pelas dimensões física, emocional, social e espiritual, fazem-se necessárias ações de uma equipe interdisciplinar, que exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os sujeitos em partes ou patologias. Essas equipes são uma forma de resgatar o compromisso com a pessoa, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (BRASIL, 2007).

Em nosso trabalho como profissionais da saúde, observamos que, a partir do momento em que as pessoas atendidas pelo PIDI Oncológico e suas famílias criam vínculos afetivos com os membros da equipe, começam a surgir os questionamentos e a solicitação de respostas nas mais diversas dimensões da vida humana (ARRIEIRA *et al.*, 2011).

Foi na busca por essas respostas que senti o estímulo ao desenvolvimento de uma dissertação² com o tema da espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos, tendo como um dos objetivos a estruturação do significado de espiritualidade para essa equipe.

Tivemos como construção coletiva os seguintes resultados: religiosidade e espiritualidade são diferentes, pois a primeira encontra-se relacionada a crenças e

² Este estudo foi um importante dispositivo para o desenvolvimento de habilidades na equipe em relação à abordagem espiritual no cuidado dos pacientes do PIDI. Outro dado importante que surgiu como resultado foi a ausência da abordagem do tema espiritualidade durante a formação da maioria dos integrantes da equipe. Tal fato fica como desafio para as instituições de ensino que, na maioria das vezes, têm como foco a integralidade do cuidado. Dentre os significados construídos pelo grupo, a inclusão da espiritualidade no cuidado dos pacientes em cuidados paliativos significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades, além de atuar como facilitador nas relações com os usuários, sua família e entre a equipe.

dogmas pertencentes a uma determinada religião, enquanto a segunda é mais abrangente e possui relação com um processo experiencial, com o objetivo de buscar sentido para a vida através da transcendência, caracterizada pela capacidade de buscar algo que enfatize e traga significado para a sua vida (ARRIEIRA, 2009).

A dimensão da espiritualidade também é entendida como diferente da dimensão da subjetividade, pois esta se relaciona a emoções, sentimentos, ideias e preferências que pertencem a uma pessoa, enquanto aquela diz respeito às questões que transcendem a vida cotidiana na busca por sentido e significado para o processo de viver e morrer, emergindo sentimentos genuínos, como compaixão, solidariedade e amor incondicional (ARRIEIRA, 2009).

No referido estudo, ficou evidenciado que o entendimento do significado de espiritualidade para a equipe favorece a relação com os pacientes em cuidados paliativos, que a espiritualidade possui o potencial integrador e atua como harmonizador das relações, e que a construção do significado de espiritualidade foi elaborada a partir da produção de signos e sentidos, resultados de uma ação coletiva (ARRIEIRA, 2009).

Ainda ressalto que, entre as discussões do grupo, foi sugerido pela maioria dos participantes que o convívio com pessoas em fase de cuidados paliativos leva os profissionais a reconhecer tal vivência como uma oportunidade de aprendizagem — considerando que estes pacientes requerem a aproximação dos profissionais, demonstrando interesse genuíno. E essa interação, que muitas vezes vai além de nossas ações consideradas profissionais, nos faz reconhecer a necessidade que temos de despertar para a espiritualidade (ARRIEIRA, 2009).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, o grupo de trabalho mostrou-se fortalecido pela troca de experiências e teve a oportunidade de discutir sobre as várias facetas do cuidado paliativo. Ficou como expectativa que o estudo mencionado estimulasse a equipe a continuar buscando respostas para as várias lacunas que emergem no cotidiano de trabalho em saúde e, também, que fosse referência à formação de equipes, pois se entende que, além do anteriormente descrito, a espiritualidade é um componente harmonizador das relações no processo de trabalho (ARRIEIRA, 2009).

Entendo que o referido estudo foi apenas um ponto de partida para o grande desafio que é instigar os profissionais da saúde para a inclusão da dimensão espiritual dos pacientes em seus planos de cuidado.

Como efetivo resultado do estudo, obteve-se a inclusão da espiritualidade no cuidado paliativo aos pacientes e familiares em processo de terminalidade, através do acolhimento da demanda pelos profissionais da equipe, de discussões em reuniões da equipe a respeito do tema, da inclusão do tema espiritualidade nas atividades dos grupos de cuidadores e enlutados, entre outros.

Para que essas intervenções sejam consideradas, faz-se necessário incorporar na formação curricular dos profissionais da saúde o estudo científico dos aspectos espirituais e religiosos em sua relação com a saúde física e mental, qualidade de vida e variáveis psicossociais de interesse, instrumentando-os a lidar com essas questões e demandas no atendimento das pessoas. Essa ação acarretaria, assim, na minimização das dúvidas e dos conflitos que existem, inclusive conflitos existenciais dos próprios profissionais pela dissonância entre suas crenças religiosas e o papel que a ciência confere à espiritualidade, permitindo um melhor aproveitamento desse recurso no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de problemas de saúde (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Ressalto que, durante a trajetória acadêmica, não tive nenhum contato e não participei de nenhuma discussão a respeito do tema espiritualidade. Também na vivência profissional demorei longos anos para compreender a necessidade desta abordagem espiritual aos pacientes e também aos profissionais da saúde.

Atualmente, vislumbra-se a espiritualidade como um componente integrador de todos os aspectos que envolvem o ser humano em seu processo de viver e morrer e, conseqüentemente, em seu processo de trabalho. No processo de trabalho em saúde temos avançado no conhecimento biopsicossocial. Em contraponto, percebemos uma lacuna nas questões que envolvem a espiritualidade (ARRIEIRA, 2011).

Sabe-se que a crise existencial trazida pela doença leva a pessoa e seu grupo social a importantes questionamentos sobre suas vidas. Tais questionamentos em geral são impregnados de emoção, podendo resultar em amplas transformações positivas ou em grandes catástrofes pessoais e familiares, as quais também são acompanhadas pelos profissionais da saúde (VASCONCELOS, 2009).

Ainda considerando-se a compreensão do ser humano como um ser integral e a dimensão espiritual como componente da vida humana, sabe-se que tal dimensão influencia na forma de pensar, agir e, por consequência, no modo de cuidar ou cuidar-se. Observa-se que a dimensão espiritual do enfermeiro é também indissociável da construção pessoal profissional de cuidar (CORTEZ, 2009).

Vasconcelos (2009) ressalta que valorizar a dimensão religiosa e espiritual não é uma questão de crer ou não em Deus, mas de, sobretudo, considerar a realidade subjetiva e social que tem uma existência objetiva. O sentido da espiritualidade está relacionado a um significado ontológico para vida, advindo das mais diversas experiências, composto por crenças e padrões culturalmente aceitos, estimados através de comportamentos comuns para determinados povos (ROSS, 2006).

Portanto, a resignificação daquilo que é material para o verdadeiro sentido das interações humanas visa proporcionar aos enfermeiros e profissionais da saúde ferramentas intelectivas e de sensibilidade para que se estabeleça um envolvimento espiritual (SILVA, 2008).

Em estudo com enfermeiros que atuam em terapia intensiva a respeito do significado de espiritualidade, constatou-se que os valores de espiritualidade pouco apareceram nos discursos dos profissionais. No entanto, perceberam-se influências de valores religiosos e bioéticos no processo de cuidar do paciente grave. Tais valores têm gerado ambíguas situações de vínculo e conflito no processo de trabalho destes profissionais, uma vez que os mesmos se sentem inseguros quando lidam com pacientes de religiões divergentes à dele. Os valores de bioética estiveram pautados na relação de não maleficência (PENHA; SILVA, 2012).

Frankl (2007) ressalta a urgência de entender-se a pessoa como um ser integral e que sua totalidade se constitui como sendo biopsicoespiritual. Portanto, não se justifica falar do ser humano como uma totalidade corpo-mente. Para o autor, corpo e mente podem constituir-se em uma unidade psicofísica, porém a unidade jamais seria capaz de representar a totalidade humana. A essa totalidade, ao ser humano total, pertence também o espiritual.

Para uma melhor compreensão da existência espiritual, faz-se necessária uma análise da antropologia construída pelo filósofo Max Scheler, de quem Viktor Frankl recebe influência direta no que se refere a sua concepção de espírito. Em sua

obra, Scheler parte da seguinte questão: “[...] o que é o homem? e qual é a sua posição no interior do ser? [...]” (SCHELER, 2003, p. 1), diferenciando essencialmente a pessoa dos outros seres vivos e concluindo que “[...] o homem e o mundo são constituídos de dois princípios: a pulsão, princípio dinâmico, e o Espírito, princípio de inibição da energia pulsional” (SCHAEFER, 1995, p. 109). Assim, o filósofo concebe em sua antropologia a noção de pulsão como princípio da energia, de realização e de ação; e a noção de “espírito” é a que permite estabelecer a diferença entre o homem e o restante da natureza. Dessa forma, ele lança as bases filosóficas para que Frankl pudesse desenvolver o seu pensamento acerca do “inconsciente espiritual”.

Max Scheler fundamenta a noção de pessoa como o centro do espírito, ou seja, o ser humano enquanto pessoa que é a capacidade para realizar atos espirituais que compreendem uma abertura ao mundo, uma capacidade de objetivação e consciência de si (SCHELER, 2003). Para Scheler, é através do espírito que o ser humano se diferencia radicalmente dos demais animais, sendo capaz de transcender ao meio, ou seja, se desprender do orgânico e buscar algo fora de si. Para o autor, um ser espiritual está “livre do meio ambiente e aberto ao mundo”, sendo então de uma “extensão ilimitada” (SCHAEFER, 1995 p. 109).

No âmbito da clínica, Frankl (2008) também considera o trabalho como experiência constitutiva de sentido, na qual se cria algo para alguém, vivenciando-se um valor da própria pessoa ligado à utilidade, ou seja, sentir-se útil e produtivo, colhendo frutos de suas ações.

Cuidar da dimensão espiritual da pessoa oportuniza um exercício de transcendência, em que o profissional pode ser transformado por meio de suas ações, pois o cuidado permite uma troca de energia, sensações e sentimentos únicos no relacionamento humano. Portanto, é por conta deste exercício de humanidade que o profissional agirá em sua inteireza (FRANKL, 2008).

Considerando-se que a dimensão espiritual é um componente integrador das demais dimensões do ser humano e que, em cuidados paliativos, esta dimensão aflora — já que as demais sofrem alterações, na maioria das vezes, de forma progressiva —, torna-se fundamental que os profissionais que cuidam dessas pessoas reconheçam-na como uma possibilidade de cuidado caracterizado por

atitudes de compaixão, paciência, tolerância, capacidade de perdoar, noção de responsabilidade e valorização da vida.

Com o intuito da implementação do cuidado de enfermagem em todas as dimensões que compõem o ser humano, foram instituídos instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual, baseados no conceito de espiritualidade, envolvendo um componente vertical, o religioso, enquanto sentido de bem-estar em relação a Deus, e outro horizontal, o existencial, enquanto sentido de propósito e satisfação de vida (PEDRÃO; BERESIN, 2010). Entende-se por Deus uma força superior passível de ser alcançada através da transcendência, essa capacidade essencialmente humana de buscar algo fora de si, a qual está sempre disponível, basta buscá-la (FRANKL, 2007).

Com o decorrer do tempo, o pensamento da enfermagem sobre a dimensão espiritual foi se modificando, passando de uma tendência de ver a espiritualidade atrelada à religião para reflexões de caráter ético, bioético, filosófico e a tentativa de compreender os fenômenos da espiritualidade tanto nos pacientes como no próprio profissional de enfermagem (SÁ; PEREIRA, 2010).

Também a espiritualidade foi incluída no *Diagnóstico de enfermagem da NANDA — definições e classificações 2009-2011* na forma de três diagnósticos relacionados com a espiritualidade: disposição para o bem-estar espiritual aumentado, sofrimento espiritual e risco de sofrimento espiritual (NANDA, 2011).

Em estudo com enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica a respeito do enfrentamento da terminalidade, a espiritualidade e a prática de alguma religião foram identificadas como uma influência no enfrentamento da morte na infância, sendo vistas como um fator positivo (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010).

Sabe-se que as necessidades espirituais das pessoas com doença terminal geralmente não são atendidas pelos profissionais da saúde, em virtude de sua falta de preparo nesse sentido. No entanto, pessoas com doenças que ameaçam a vida necessitam de cuidados integrais, incluindo suas demandas existenciais. Em estudo australiano, os enfermeiros foram mencionados como os profissionais mais próximos para atender tais necessidades quando estas por algum motivo não forem atendidas por assistentes espirituais (KEALL *et al.*, 2013).

Minha aproximação com o tema deu-se a partir da autoria de uma pesquisa, realizada no mestrado, que tinha como objetivo a construção do significado de espiritualidade para uma equipe interdisciplinar que atuava em cuidados paliativos. O estudo foi motivado pela necessidade de atender à demanda de atenção espiritual das pessoas em processo de terminalidade, aos quais prestava cuidado como enfermeira, e pela dificuldade, compartilhada com os demais componentes da equipe, que essa prática apresentava (ARRIEIRA, 2009).

Ao acompanhar a mesma equipe após o término da pesquisa e, visualizar na prática as transformações positivas ocorridas, senti-me instigada a aprofundar o estudo, agora com inspiração fenomenológica, na busca de um sentido espiritual que possa unir a equipe e os pacientes que se encontram em cuidados paliativos na atenção domiciliar.

Para que ocorra este aprofundamento do tema, entendo ser imprescindível a compreensão do sentido da espiritualidade para a pessoa em cuidados paliativos, assim como o que esta pessoa espera da equipe que lhe atende em relação ao cuidado espiritual e, ainda, a compreensão do sentido de espiritualidade para a equipe que cuida dessas pessoas.

Após incessantes leituras de autores que escrevem sobre o tema no Brasil e no mundo, encontrei, nas obras de Viktor Frankl, a luz para entender a espiritualidade através da busca de sentido. Segundo o autor, a espiritualidade é inerente à espécie humana; no entanto, inúmeras vezes esse sentido necessita ser resgatado, e a proximidade com situações ameaçadoras serve de estímulo a esta busca.

Também na revisão bibliográfica exercida para a construção deste projeto, foram encontrados alguns estudos que abordam a importância da espiritualidade para os pacientes, e outros que abordam o valor da espiritualidade para os profissionais. Entretanto, encontrei neles uma lacuna no que se refere ao aprofundamento na busca do sentido de espiritualidade para as pessoas que se encontram em cuidados paliativos e também para a equipe que presta o referido cuidado.

Entendo que através desta pesquisa de inspiração fenomenológica, na qual se considera o ser humano como um ser total, busca-se a experiência de vida tal

como vivida por essas pessoas, e então buscar-se-á compreender o fenômeno dessa experiência, no que se refere à espiritualidade.

E é despertando o sentido existencial para os pacientes e equipe de cuidados paliativos que se elaborou a seguinte questão norteadora do estudo: **qual o sentido da espiritualidade para a integralidade da atenção a pessoa que se encontra em cuidados paliativos e para a equipe que a cuida?**

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção à pessoa e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos a partir do referencial de Viktor Frankl.

1.1.2 Objetivos Específicos

Desvelar as expectativas das pessoas em cuidados paliativos em relação ao cuidado espiritual prestado pelos profissionais da saúde.

Compreender a influência da espiritualidade no trabalho dos profissionais da equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos.

1.2 Tese

A espiritualidade proporciona o encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e o profissional que a cuida em sua integralidade.

2 Revisão de Literatura

Para o embasamento deste estudo, realizou-se uma revisão de literatura composta pelos temas: **historiando os cuidados paliativos e o processo de morte, espiritualidade no processo de trabalho em cuidados paliativos** e ainda uma revisão integrativa com o tema **espiritualidade e equipe interdisciplinar no processo de terminalidade**³ (já publicado - Anexo 1).

2.1 Historiando os cuidados paliativos e o processo de morte

O interesse em atender o ser humano com doenças em estágio avançado, fora de possibilidade de cura, não é atual. Durante as Cruzadas, na Idade Média, era comum encontrar em monastérios os *hospices*⁴, hospedarias que abrigavam, além de doentes e moribundos, mulheres em trabalho de parto, famintos, leprosos e órfãos. Esses lugares, mais do que a busca da cura, caracterizavam-se por oferecer acolhimento, alívio do sofrimento e proteção (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

No século XVII, surgiram na Europa instituições de caridade e abrigos para órfãos, pobres e doentes. Já no século XIX, esses abrigos começam a adquirir características de hospitais, com cuidados voltados para o espiritual e com tentativa de controle da dor (MACIEL, 2008).

³ Artigo de revisão integrativa na íntegra publicado em: *Journal of Nursing and Socioenvironmental Health* 2014, 1(1):87-93 - <http://www.jonse.com.br> Received: 20 June, 2014 - Accepted: 5 July, 2014 DOI: 10.15696/2358-9884/jonse.v1n1p87-93.

⁴ A palavra *hospice* é tradução do vocábulo latino *hospitium* cujo significado é hospedagem, hospitalidade e traduz um sentimento de acolhida. No século IV, quando surgiu o movimento *hospice*, o *hospitium* significava tanto o local, como o vínculo que se estabelecia entre as pessoas (ABU-SAAD, COURTENS, 2001; RODRIGUES, 2004).

Todavia, os cuidados com equipes interdisciplinares abrangendo a integralidade do ser humano, considerando as dimensões psicológicas, físicas, sociais e espirituais são relativamente novos. Ao longo do tempo, o *hospice* apresentou diferentes finalidades, sendo uma delas a de acolher tanto doentes, como pobres e peregrinos cansados. Contudo, no século XIX, em 1842, na França, após visita domiciliar a pacientes com câncer que se encontravam sem nenhuma assistência, madame Jeanne Garnier mobilizou-se e abriu o primeiro *hospice* para pacientes terminais (TWYECROSS, 2000).

Há pouco mais de 45 anos, Cicely Saunders, com formação em enfermagem, assistência social e medicina, fundou no Reino Unido o Saint Christopher's Hospice, modernizando o habitual *hospice* e derrubando paradigmas até então presentes na assistência ao paciente sem possibilidade de cura. Em seu trabalho, Saunders primeiramente enfatizou o cuidado quando a cura não era possível. Também criou o conceito de dor total, o trabalho interdisciplinar, o controle de sintomas — fundamentalmente o manejo da dor crônica —, o acompanhamento da família no luto, a atenção psicológica e espiritual e o cuidado no domicílio. Desenvolveu esses conceitos por reconhecer que a pessoa doente, em fase terminal, carece da atenção de profissionais que tenham competência para atender as necessidades provenientes da complexidade que caracteriza o ser humano, considerando as dimensões físicas, espirituais, sociais e psicológicas. Para ela, o acúmulo desses sintomas caracteriza o que denominou de Dor Total (BOULAY, 1996; RODRIGUES, 2004).

Assim, pode-se diferenciar “cuidado *hospice*” de “cuidados paliativos” a partir do local onde são concedidos. Enquanto o primeiro pode ser considerado um programa que oferece cuidados aos pacientes no final da vida nos locais denominados *hospices*; o segundo se caracteriza pela possibilidade de ser oferecido no hospital, no ambulatório, ou em casa, e a qualquer momento, ao longo da trajetória de qualquer tipo de doença grave, simultaneamente com terapias curativas ou restauradoras que prolonguem a vida. A notável semelhança entre *hospice* e Cuidados Paliativos é a presença de uma equipe interdisciplinar de profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, capelões, entre outros, para a atenção integral (TENÓ, 2009).

Agregando a sua formação multidisciplinar ao embasamento científico de suas ações, a sensibilidade ao sofrimento do próximo e a um ideal, Saunders evidenciou a possibilidade de promover a qualidade no final da vida e a dignidade na morte com uma visão futurista do cuidado. Incorporou o conhecimento e a abordagem interdisciplinar, visando ao cuidado integral em um ambiente agradável e acolhedor, capaz de aliviar o sofrimento que antecede a morte.

Pouco tempo depois, no Canadá, o médico cirurgião Balfour Mount iniciou suas atividades com os doentes fora de possibilidade de cura, indignado com as condições emocionais em que tais pessoas morriam. Em 1974, Mount inventa a expressão *palliative care* e funda um serviço de cuidados paliativos no Canadá, mas inova ao desenvolver as ações em um hospital, o Royal Victoria Hospital, e não em um *hospice* ou domicílio, como nos outros países (COWAN, 2005).

Simultaneamente à preocupação e à atuação de Cicely Saunders na Inglaterra e à de Mount no Canadá, nos Estados Unidos a origem dessas discussões deu-se com Elizabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra que identificou cinco fases emocionais pelas quais os pacientes chamados de terminais passavam na fase final da vida. Desenvolveu um trabalho com esses pacientes e escreveu o livro *Sobre a morte e o morrer*, em 1969, que se tornou um marco sobre a temática, vindo a fundar o movimento Morrer com Dignidade.

Embora Kübler-Ross tenha desencadeado as discussões sobre as condições dos doentes em fase final da vida nos Estados Unidos, a implantação do primeiro serviço de cuidados paliativos norte-americano deu-se por meio dos esforços e liderança de uma enfermeira, Florence Wald. Ela se capacitou com Cicely Saunders durante dois anos e fundou o Hospice de Connecticut, em New Haven, nos moldes do *hospice* inglês e estabeleceu um intercâmbio entre os dois países.

No entanto, nos Estados Unidos, os cuidados paliativos caracterizaram-se mais pela atenção domiciliar e menos pelos *hospices*. De acordo com o Hospice Foundation of America, 80% dos cuidados de *hospice* são providos nos domicílios e nas *nursing homes* (FERREL; COYLE, 2002). As *nursing homes* são instituições semelhantes aos asilos, nas quais os pacientes com doenças crônicas, senilidade ou doenças terminais são internados e recebem cuidados de enfermeiros. Esses serviços são privados ou vinculados a seguradoras de saúde.

Retornando a Cicely Saunders, ela escreveu e proferiu palestras sobre o cuidado com o paciente terminal no Reino Unido e no exterior. A partir da implantação de cuidados paliativos na Inglaterra e Reino Unido, o novo modelo de cuidado disseminou-se pelos demais países e continentes do planeta, mas com características diferentes. No período de 1970 a 1990, ocorreu uma expansão dos programas de cuidados paliativos na Europa e, atualmente, a Inglaterra é o país com maior cobertura de cuidados paliativos no mundo, e a Espanha, o segundo.

Na América Latina, a preocupação com os cuidados paliativos iniciou-se em 1982, na Argentina. Existem, atualmente, cerca de 80 equipes operando amplamente no país, sendo suas atividades identificadas em cidades de porte médio e grande. Os serviços de cuidados paliativos são baseados nos hospitais com poucos programas de cuidados domiciliares. O maior reconhecimento para esta prática foi a aprovação pelo Ministério da Saúde da normatização nacional para a organização e implementação dos serviços de cuidados paliativos, em 2000, além do reconhecimento da medicina paliativa como uma especialidade no mesmo ano.

Em 2001, foi fundada a Associação Latino-americana para Cuidados Paliativos por seis profissionais oriundos da Argentina, Colômbia, Uruguai e Costa Rica. No ano seguinte, ocorreu o primeiro encontro da associação em conjunto com o 6º Congresso Latino-americano de Cuidados Paliativos, em Guadalajara, no México (WRIGHT *et al.*, 2007).

No Brasil, embora o IOELC (International Observatory on End of Life Care) tenha afirmado que os cuidados paliativos tenham começado em 1989 no Rio de Janeiro, Bettega (1999) relata que o primeiro serviço de cuidados paliativos foi instituído no Rio Grande do Sul em meados de 1983, em seguida em São Paulo, em 1986, e, em 1989, em Santa Catarina.

O mesmo autor ainda refere que, depois destes, outros serviços foram surgindo, mas todos sem vínculos entre si ou desprovidos de uma elaboração comum de metodologias para as ações de cuidados paliativos. Na época, um dos primeiros problemas encontrados pelos pioneiros em cuidados paliativos foi a obtenção dos opioides, fármacos essenciais para o tratamento da dor e desconhecidos pela maioria dos profissionais. Diante dessa necessidade, os profissionais uniram esforços para melhorar a assistência aos doentes, realizando ações conjuntas com o objetivo de tornar acessíveis os opioides para o alívio da dor

crônica dos pacientes sem possibilidade de cura e melhorar a formação dos profissionais da saúde.

Outro serviço importante no Brasil é o do Instituto Nacional do Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, que, em 1989, inaugurou o Hospital Unidade IV, dedicado somente aos Cuidados Paliativos (ANCP, 2010).

Em relação à mobilização dos profissionais brasileiros empenhados no crescimento de cuidados paliativos, em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) na cidade de São Paulo. A associação agrega profissionais da saúde, religiosos e outros, com o objetivo de proporcionar a vinculação científica e profissional à equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade (CAPONERO, 2002).

Oito anos depois, em 26 de fevereiro de 2005, um grupo de 34 médicos praticantes dos cuidados paliativos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Os objetivos da ANCP são divulgar a boa prática dos cuidados paliativos, buscar o reconhecimento da especialidade na área médica, agregar todos os profissionais que atuam nas diversas equipes, contribuir para a formação de novos profissionais e ampliar o debate sobre os cuidados ao final da vida em todas as áreas da assistência à saúde (ARAÚJO, 2005, MACIEL *et al.*, 2007). No mesmo ano, foi criado em Pelotas o PIDI Oncológico, tendo como objetivo atender pessoas com diagnóstico de câncer numa fase adiantada da doença, seguindo as diretrizes dos cuidados paliativos (ARRIEIRA, 2011).

A concepção sobre o câncer foi sendo definida historicamente pela sociedade, com uma visão do senso comum que a considera uma doença incurável e uma sentença de morte. O câncer normalmente é associado a experiências malditas e com conotações metafóricas populares de algo que está “comendo a pessoa”, “invadindo o corpo” ou que “é um inimigo que precisa ser combatido” (SILVA, 2005).

Ao longo da história, sempre houve alguma enfermidade que, para as pessoas, tinha conotação mágica, demoníaca ou sagrada. Na antiguidade era a lepra, na Idade Média, a sífilis, e atualmente a doença considerada como tabu é o câncer. Este, para muitas pessoas, relaciona-se à mutilação e à morte, sendo considerada uma doença incurável por excelência (SANCHO, 2000).

Verificando os avanços na área de oncologia em relação a diagnósticos e tratamentos, constata-se que 50% das pessoas têm o diagnóstico de um câncer avançado, e, destes, 50% estarão fora de possibilidades terapêuticas de cura (AYOU *et al.*, 2000; BARBOSA, 2001). Isso representa uma situação de terminalidade, ou seja, o fim das possibilidades de tratamento curativo, a progressão da doença e a espera da finitude do ser humano, caracterizada pela morte.

Cabe abordar que a morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade, porém é uma realidade culturalmente pouco aceita no mundo ocidental. Assim, as pessoas de todas as idades, ao se defrontarem com a morte, apenas nesse momento colocam em questão a própria vida, com seus medos, angústias e possibilidades. Quando nos referimos a uma doença crônica grave, como o câncer, a morte torna-se assunto presente desde o diagnóstico, permeando todo o tratamento e se prolongando até mesmo ao pós-tratamento, quando ocorre a cura ou a morte de fato.

Desse modo, é preciso explicar que as vivências da morte e do morrer têm sofrido transformações ao longo do tempo histórico, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte. Elas vêm evoluindo desde uma experiência tranquila — e até mesmo desejada —, na Idade Média, para uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição que deve ser evitada, na época atual. Observamos inúmeros problemas de ordem clínica, ética, social, psicológica e espiritual contidos na experiência da fase terminal, os quais colocam os pacientes diante de impasses e demandas muitas vezes incomensuráveis (SOUZA; BOEMER, 2005).

Sabe-se que, na sociedade ocidental, a morte é vista como um tabu, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para os trabalhadores da área da saúde. Observa-se que a morte está ausente do dia a dia do mundo familiar, pois foi transferida para os hospitais, e as crianças são impedidas, pelos adultos, de participarem dos cerimoniais de despedidas (COSTA; LIMA, 2005).

Apesar de estar na agenda de cada ser vivo e de ser um processo natural, a morte sempre foi temida pela humanidade e, por mais que a ciência avance, o medo e a negação da morte continuam acontecendo. A função do imaginário é erguer uma barreira contra a finitude, o tempo e a morte. Isso se explica do ponto de vista psiquiátrico pelo fato do nosso inconsciente não conseguir imaginar a própria morte

e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance (KÜBLER-ROSS, 2000).

Ninguém duvida da própria morte. No entanto, este aceitar a morte exclui de si o estar-certo da própria morte, isto é, na impessoalidade todos sabem que vão morrer, mas não se sabe o dia, nem a hora. Desta forma, é como se a morte fosse certa, mas distante de acontecer (HEIDEGGER, 2002).

Ainda se considera que o ser humano ocidental modificou significativamente sua visão da morte, sendo possível avaliar que houve abrupta e rápida mudança relativa aos pensamentos e sentimentos expressos sobre ela. Entende-se que é tempo de refletir e entender a morte como parte da vida, um acontecimento acompanhado de dor e sentimento de perda que é vivido por qualquer ser humano e que deve ser respeitado como um momento de sofrimento (COSTA; LIMA, 2005).

A pessoa que enfrenta o período da terminalidade precisa ter suas necessidades especiais identificadas e atendidas para que possa ter a qualidade de vida preservada nessa fase. Requer também atenção especial a consciência que a pessoa tem sobre seu prognóstico e, dessa forma, a tentativa que faz para dar um sentido ao que lhe resta de vida. A ansiedade diante da morte é uma revivência de ansiedades anteriores, relacionadas a perdas e quebras de vínculos, e não pode ser subestimada, já que leva a pessoa a encarar as ameaças da imprevisibilidade, propiciando assim o desenvolvimento de recursos de enfrentamento (BROMBERG, 2000).

No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer. Em todas as regiões do mundo, mesmo nas que apresentam mais ostensivamente outros sérios problemas de saúde, o câncer revela seus efeitos deletérios. No Brasil, está sempre incluído de forma significativa nas taxas de mortalidade, ocupando posição de destaque no quadro sanitário nacional. Em todo o país, inclusive nas regiões mais desenvolvidas, o câncer corresponde à segunda causa de morte, sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares. Portanto, deve ser considerado um problema de saúde pública, devido à ameaça de morte que representa aos seus portadores (BRASIL, 2008).

Observa-se que nos últimos anos tem havido um interesse maior por esse tema, pois a literatura tem se voltado mais sistematicamente à valorização dos

aspectos subjetivos do paciente oncológico e de sua relação com a morte e o morrer. Contudo, a percepção que o paciente elabora das vivências de morte e do morrer ainda tem sido pouco investigada.

Faz-se necessário destacar, no entanto, que a formação dos enfermeiros e demais profissionais integrantes da equipe de saúde tem se dado no sentido de prepará-los essencialmente para a promoção e preservação da vida e, nesse contexto, entende-se a morte como algo contrário e não como parte intrínseca dela.

Resgatar o humano dentro do processo de morte e do morrer, embora essencial à perspectiva do cuidado à pessoa e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como tarefa fácil, visto que nossos profissionais da saúde e, portanto, da vida, se ressentem desse enfrentamento, temendo olharem-se no espelho da própria finitude (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Para que os profissionais da enfermagem que lidam diariamente com o processo de morte e do morrer do outro possam apreender seu significado, torna-se necessário caminharmos em direção à nossa própria humanidade e procurarmos entender o que ela traz em seu bojo para, então, colocar-nos humanamente como profissionais que cuidam. Talvez isso nos leve à compreensão de que a morte em si, na maioria das vezes, não é o grande problema para aquele que morre, mas sim o sentimento de desesperança, de desamparo e de isolamento que a acompanha, nascido do medo que as outras pessoas têm de enfrentar a certeza da sua própria finitude (KÜBLER-ROSS, 2000).

Cabe lembrar que a morte não é um elemento puramente empírico de nossa experiência, a orientação para a morte é essencialmente implicada na experiência de toda a vida e de nossa própria vida (THOMAS, 2000).

Ao se reportar a espiritualidade na atenção à saúde, Smeke (2006, p. 298) descreve que:

Na prática cotidiana de cuidar, quer seja na consulta, no grupo ou no domicílio, muitas vezes os profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores, carências que se confundem e extravasam os limites da doença. Nesse momento, o sofrimento claramente extrapola a relação orgânica e para que possamos realmente ajudar torna-se necessário colocarmos em ação o nosso lado humanitário.

2.2 Espiritualidade no processo de trabalho em cuidados paliativos

A espiritualidade é compreendida como algo transcendente e está relacionada ao propósito da vida, com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido. Ainda nela se consideram os aspectos que podem mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a vida da pessoa (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Vivat (2008) destaca que a espiritualidade tem sido reconhecida como um elemento importante no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, entre estas, o câncer.

Nesse contexto, a espiritualidade é um tema que vem chamando a atenção dos profissionais da saúde no que se refere ao cuidado humano, pelo fato de os estudos terem demonstrado que este pode ser um caminho para melhorar a qualidade de vida das pessoas, assim como para estimular maior rapidez no processo de aceitação e enfrentamento das doenças (SÁ, 2009).

Encontra-se, na espiritualidade, a força que serve como um instrumento que potencializa as pessoas para o enfrentamento de situações difíceis e que permite superar os limites do conhecimento científico da biomedicina, a qual ainda não consegue responder às múltiplas dimensões do ser humano, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais (VASCONCELLOS, 2009).

A utilização da espiritualidade na prestação de cuidados em saúde é responsável por um atendimento humanizado, pois influencia positivamente o bem-estar das pessoas, permitindo aos profissionais a visão integral da saúde, ao abordar o sujeito em suas diferentes dimensões, e superando o modelo biomédico, que se centra apenas no aspecto físico do processo saúde-doença e opera com uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Sabe-se que em cuidados paliativos as necessidades espirituais tendem a aflorar a partir do momento em que os sintomas físicos, emocionais e sociais são paliados.

Considera-se, ainda, que a espiritualidade é multidimensional e relacional e engloba significado, propósito, autorreflexão, esperança, fé e crenças, sendo comum

a todas as pessoas demonstrações da necessidade espiritual no enfrentamento das questões surgidas no fim da vida (GRANT; MURRAY; SHEIKH, 2010).

Sabe-se que, através do atendimento da dimensão espiritual do ser humano em cuidado paliativo, o profissional experimenta uma autêntica relação humana porque o espiritual é inerente à existência e esta troca somente ocorrerá se ambos a permitirem.

Para viver a espiritualidade no mundo do trabalho, torna-se relevante conhecer a influência do modelo biomédico na assistência em saúde, compreendendo conscientemente os constituintes do seu processo de trabalho, o qual fornece subsídios para a equipe prestar cuidados que supram as necessidades e anseios do seu objeto de trabalho em todos os seus aspectos.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e, como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco que necessitam de medidas curativas ou paliativas, de preservação da saúde ou de prevenção de doenças. Como instrumental de trabalho, têm-se os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber em saúde e cujo produto final é a própria prestação da assistência de saúde, a qual é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 2008).

Em face dos elementos do trabalho em saúde apresentados, também neste estudo é imperativo entender que a força de trabalho constitui-se de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidado paliativo ao seu objeto de trabalho, que é a pessoa em processo de terminalidade. Dessa maneira, a discussão está pautada na busca pela espiritualidade como ferramenta de trabalho da equipe e como forma de enfrentamento da doença pela pessoa em cuidados paliativos, com a intenção de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de alívio dos sintomas com o tratamento (GUERRERO *et al.*, 2011).

Cabe esclarecer que os cuidados paliativos prestados pela equipe de saúde são um conjunto de atos e atitudes multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social que afligem o ser humano que é acometido por câncer e se encontra em processo de morte.

Faz-se necessário que esta equipe multiprofissional esteja apta para atender a suas necessidades de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e controle adequado dos sintomas físicos,

psicológicos e espirituais, conforme recomenda a filosofia paliativista, compreendendo este ser e sua família na sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem muito a fazer (CARDOSO *et al.*, 2013).

Além disso, evidencia-se a necessidade de que o grupo de multiprofissionais atue de modo interdisciplinar, para atender às diferentes condições de saúde da pessoa que vivencia a sua finitude. Esses indivíduos, que vivem crises subjetivas intensas e mergulham profundamente nas dimensões inconscientes, elaboram novos significados para suas vidas, sendo capazes de mobilizá-los na difícil tarefa de reorganização do sobreviver exigida para a conquista da saúde ou do bem estar (VASCONCELOS, 2009).

Cabe ressaltar que o sucesso da proposta de trabalho interdisciplinar na saúde depende do reconhecimento da interdependência entre os profissionais, porque isso significa reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e da competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso (BRASIL, 2007).

A enfermagem atua a partir de um processo de trabalho próprio e restrito à sua área de conhecimento. Esse processo de trabalho está relacionado ao cuidado do ser humano em sua integralidade e isto significa considerar pelo menos quatro dimensões deste ser: a material, referente à explicação racional e lógica para todo e qualquer fenômeno; a subjetiva, relacionada a emoções, sentimentos, ideias e preferências que são próprios de cada sujeito; a social, referente às relações com outras pessoas; e a espiritual, ligada às questões que transcendem a vida cotidiana e que se encontram relacionadas ao propósito da existência humana, à busca por sentido e significado da vida (ARRIEIRA, 2009).

Esse processo de trabalho está embasado em conhecimentos científicos que são alicerces para o cuidado da pessoa em todo ciclo vital, e este estudo enfoca o processo de terminalidade, no qual a dimensão espiritual tende a emergir.

Apesar do reconhecimento crescente dos benefícios da atenção espiritual a pessoas com doença que ameaçam a vida, sabe-se que a prestação de cuidados espirituais por enfermeiros é pouco frequente. Nesse sentido, identificam-se algumas barreiras como a dificuldade do próprio profissional reconhecer a sua espiritualidade, a falta de conhecimentos e competências quanto a este cuidado, a

crença de que a espiritualidade do doente é particular, fora das competências da enfermagem, a falta de tempo, o receio de não ser capaz de lidar com as questões levantadas (RODRIGUES GOMES, 2011).

A Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA, 2007) desenvolveu uma perspectiva para chamar a atenção dos profissionais sobre a importância de reconhecer e apoiar uma pessoa em fim de vida e sua família nas suas crenças e expressões espirituais. Apoio que envolve uma equipe multidisciplinar e requer uma avaliação das questões espirituais e religiosas que preocupam a pessoa doente e sua família. Enfatiza que o cuidado espiritual exige do profissional uma presença efetiva e afetiva, bem como uma vontade de estar plenamente presente.

A associação ainda expõe a importância de esse profissional reconhecer os próprios limites, para assim identificar a necessidade de um acompanhamento especializado, que pode ser fornecido pelo capelão. Define que, para um cuidado eficaz, são requeridos alguns atributos por parte do profissional: escuta ativa; demonstração de empatia e capacidade de acompanhar o outro em seu sofrimento, reconhecimento e resposta à sua angústia e auxílio na descoberta do seu significado através das suas experiências de sofrimento, dor e perda; elucidação de suas preocupações fundamentais, incluindo as necessidades espirituais não satisfeitas; identificação e resposta às questões éticas e conflitos, além de assistência e apoio a outros membros do grupo na tomada de decisões, respeitando os valores de cada um; disposição para criar espaços terapêuticos e de cura, em que o crescimento espiritual possa ocorrer; oferta de recursos adicionais, se necessários, para o apoio a pessoa doente, através de outros provedores de cuidados espirituais.

No trabalho interdisciplinar, a enfermagem é uma das profissões que mais sofre desgastes emocionais devido à constante interação com as pessoas doentes e suas famílias, presenciando o sofrimento, como a dor, a doença e a morte do ser cuidado. Sabe-se que, além do cuidado biológico, fazem-se necessárias atitudes de conforto referentes às demais dimensões da pessoa, considerando-a em sua complexidade biopsicossocial e espiritual. Considera-se que o enfermeiro é fundamental para equipe de cuidados paliativos, pois a essência de sua formação tem como base a arte do cuidar. A importância da enfermagem a esses cuidados evidencia-se desde os primórdios da ideologia, partindo do princípio de que essa forma de cuidar da pessoa, oferecendo qualidade de vida nos seus últimos dias,

partiu do conhecimento de uma enfermeira, Cicely Saunders, que depois cursou medicina e serviço social (HERMES; LAMARCA, 2013).

Entende-se que a espiritualidade também é um componente harmonizador das relações dos profissionais no processo de trabalho da saúde, servindo ainda como uma ferramenta que fortalece este profissional no enfrentamento do sofrimento de quem cuida (ARRIEIRA, 2009).

Ales Bello (2007) se refere à vida como um enigma finito em que cada pessoa tem uma essência que pode sempre se desenvolver e crescer. Considerando este aspecto, o ser humano percebe a necessidade de ser e de se posicionar no mundo porque possui esta força vital, a qual é entendida como uma unidade, entre dimensões do espírito e dimensões naturais.

Segundo estudo recente, o profissional de saúde deveria ajudar o paciente a se conhecer durante o curso de uma doença com risco de morte, buscando um sentido para sua vida. Além disso, recomenda que a equipe multiprofissional proporcione apoio, conforto e esperança de um futuro para o paciente e sua família, mesmo que, às vezes, a cura não ocorra. Nenhum ser humano vive no mundo sem alguma esperança na vida (ESPÍNDULA; DO VALLE; ALES BELLO, 2010).

Sabe-se que pessoas em processo de terminalidade, apesar de inúmeras vezes acamadas e sem manifestar qualquer tipo de contato com o mundo externo, necessitam de atenção e cuidados que extrapolam o físico, além de apoio emocional e espiritual. Se a condição de saúde for gravíssima, sem chance de cura, existe mais uma razão para que se dediquem o respeito e o conforto que essa pessoa necessita. Elizabeth Kübler Ross, em seu livro *Sobre a morte e o morrer*, fala a respeito do desamparo percebido por muitas pessoas em fase final da existência e complementa: “podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 25).

Segundo Koenig (2012), são frequentes as pesquisas que demonstram que as crenças espirituais influenciam o enfrentamento de doenças. À vista disso, considera que seja cada vez mais difícil ignorar as necessidades espirituais dos pacientes e reitera que os profissionais da saúde devem obter um histórico espiritual de todos os pacientes com doença crônica, incapacitante ou grave e documentá-lo, assim como o fazem em relação aos aspectos físicos e psicológicos.

Para o autor, através dos dados coletados com este histórico, o profissional pode buscar suporte às crenças da pessoa em cuidados paliativos por meio da criação de um ambiente que possibilite rituais religiosos que lhe sejam importantes, e pode também desenvolver uma postura acolhedora com sua comunidade de fé. Koenig defende que estas são vias pelas quais os profissionais podem integrar espiritualidade no cuidado em saúde (KOENIG, 2012).

Entende-se a importância do histórico recomendado pelo autor e ressalta-se que, a partir da compreensão do sentido desta dimensão do ser humano, que em cuidados paliativos tende a se exacerbar, é possível evoluir na qualidade do cuidado oferecido a estas pessoas.

Sabe-se que este cuidado, nesta fase da vida, para atingir a integralidade do ser, precisa considerar a pessoa que está doente e não a doença, visando ao bem-estar, à qualidade de vida e de conforto.

Sobre a presença de sofrimento e busca de conforto, vale lembrar a citação de Saunders (1995) que afirma que o conceito de dor total inclui, além do sofrimento físico, o social, o espiritual, o mental e o econômico do ser humano, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe de saúde que cuida da pessoa em seus últimos dias de vida.

A dor espiritual, especificamente, refere-se à falta de sentido na vida e na morte, ao medo do pós-morte, às culpas perante Deus, à busca de fé e de conforto espiritual (SIMÕES, 2013).

A espiritualidade é um componente harmonizador do processo de trabalho e da pessoa que está em cuidados paliativos, podendo trazer sentido a este momento da existência pelo potencial de humanizar as relações entre todos os envolvidos, inclusive dos familiares.

3 Referencial teórico-filosófico

Não se trata aqui de fazer um estudo histórico e epistêmico da filosofia existencial, uma vez que o objetivo do trabalho é outro. Nesta parte, apenas será indicada a proposta e alguns temas centrais desta filosofia do século XX, para melhor situar Viktor Frankl e sua concepção de espírito.

Como proposta, o pensamento existencial, juntamente com a fenomenologia, pode ser considerado como um movimento que se opõe, ao mesmo tempo, ao positivismo e ao idealismo. Contra o positivismo, porque este reduz toda a realidade a fatos e, contra o idealismo, porque não valoriza os fatos concretos do cotidiano da vida.

Com a intenção de compreender o sentido da espiritualidade para os pacientes que se encontram em cuidados paliativos e para os profissionais da equipe que os cuida, faz-se necessário o suporte de um referencial teórico-filosófico. Optou-se pelo existencialismo de Viktor Frankl, uma vez que este autor considera a finitude da pessoa como um dos aspectos essenciais da existência humana. A pessoa tem que representar algo que dê sentido à sua existência, e não algo que lhe tire (FRANKL, 2010).

3.1 Existencialismo como referencial filosófico

O existencialismo, também conhecido como a filosofia da existência, caracteriza-se por ser uma corrente filosófica contemporânea que se afirmou na Europa no período entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial e se expandiu principalmente nas duas décadas após esta última. Surgiu e cresceu em um momento em que a Europa encontrava-se destruída física e moralmente e a França

ocupada pelos alemães, fatos que ativaram as preocupações existenciais com liberdade, responsabilidade e morte (REALE, 2008; REYNOLDS, 2013).

O filósofo dinamarquês Søren Aabye Kierkegaard foi proclamado pai do existencialismo e, assim como outros pensadores dessa corrente filosófica, pensava a pessoa como um ser existente que tem grande potencial para se realizar especialmente através da própria vivência, e não a partir de algo pré-estabelecido (como acreditavam os humanistas, ao exaltar a pessoa dentro da natureza). Ou seja, é no desenrolar da existência que o indivíduo vai constituindo-se como pessoa. Dessa forma, o objeto de estudo da filosofia kierkegaardiana é a análise e a descrição da existência concreta que é paradoxal e dialética (FERNANDES; CAMPOS, 2013).

A estrutura do pensamento de Kierkegaard foi influenciada diretamente pela visão que Schelling tinha do ser. O autor considerou que o ser humano, uma vez sendo finito, não pode permanecer no absoluto, necessitando então estabelecer, por meio do ato livre, o desprendimento do mundo, e tal fato pode acontecer com o ser espiritual (MARTINS; BICUDO 2006).

Por considerar a objetividade perigosa à existência humana, Kierkegaard coloca a pessoa em evidência. Considera que o ser que tem conhecimento e atribui significados não pode abstrair-se de si mesmo. Supõe inclusive imoral procurar fugir às incertezas e aos riscos que envolvem a existência humana, pois são as dificuldades, os riscos, as incertezas e os conflitos que permitem à pessoa a evolução espiritual (KIERKEGAARD, 1942).

Influenciado por Kierkegaard, o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) desenvolveu sua ideia de *Dasein*. Para ele, a pessoa não é um ser abstrato ou uma substância, mas uma existência presente, um *Dasein* (do alemão: Ser-aí).

O existencialismo aponta sua atenção para compreender a pessoa concreta e finita na individualidade de sua existência. A base epistemológica do existencialismo é a compreensão do fenômeno humano, ou seja, entender a pessoa pela própria pessoa. Nessa corrente filosófica, acredita-se que não é possível encontrar um sentido sem compreender a própria existência, diferentemente das filosofias otimizistas como o idealismo, o positivismo e o marxismo, que têm como objetivo explicar. Foi a explicação que originou a ciência, a qual criou teorias para investigar, provar e tornar válidas determinadas experiências.

Para os existencialistas, ainda que os esforços científicos positivistas sejam inestimáveis, não são a única maneira de relação com as coisas e com o mundo. A pessoa é aquilo que escolhe ser, e sua existência caracteriza-se pelo conhecimento de si mesmo, pelo descobrir-se e compreender-se em busca do sentido na sua existência. Ela escolhe seus valores responsabilizando-se por si própria e tornando-se única em sua totalidade e singularidade (FONTOURA, 2013).

Neste estudo, o referencial teórico-filosófico está baseado na obra de Viktor Emil Frankl, também existencialista. Para o autor, tudo na vida tem um sentido; sendo assim, o sofrimento, a aflição e a morte também o têm, pois fazem parte da vida e, assim integram a existência. As pessoas com doença crônica progressiva em fase avançada procuram na finitude da vida um sentido. Frankl (1989) refere que seria uma oportunidade de criar, através da vivência do sofrimento, um sentido pleno.

A seguir, uma breve apresentação do referencial teórico-filosófico iniciando pela apresentação do próprio autor.

3.2 O existencialismo a partir da obra de Viktor Emil Frankl

3.2.1 Conhecendo a trajetória existencial do autor

Viktor Emil Frankl nasceu numa tarde de primavera aos dias 26 de março de 1905, em Viena, como segundo filho do casal Gabriel Frankl e Elsa Lion. O pai era formado em medicina, mas abandonou a profissão para ingressar no serviço público, já a mãe, era dona de casa (AQUINO, 2013).

Na época, Viena era um grande centro cultural da Europa e possuía uma das universidades mais conceituadas, pela qual passaram Sigmund Freud, Martin Buber, Edmund Husserl e Franz Bretano. Também foi a cidade que acolheu os imigrantes judeus que buscavam uma vida melhor para seus familiares, tornando-se então um centro cultural do judaísmo.

A vocação filosófica de Frankl iniciou precocemente aos quatro anos de idade, quando tomou consciência da morte e ficou perplexo frente à questão da finitude de seu ser. Questionou-se em dado momento “se a transitoriedade da vida não aniquila o seu sentido” (FRANKL, 1990, p. 112). Apesar dessas indagações sobre o sentido da vida e da morte surgirem na infância, somente mais tarde, com sua maturidade intelectual, encontrou as respostas, as quais foram publicadas em livros e artigos (AQUINO, 2013).

Durante a adolescência, Frankl dedicou-se à leitura dos pensadores naturalistas da época, entre estes Wilhelm Ostwald, fundador da físico-química, e Gustav Theodor Fechner, fisiologista experimental e psicofísico. Quando tinha treze anos, decepcionou-se com seu professor de ciências, que ensinava que a vida não passava de um processo de oxidação e combustão. Essa concepção niilista estimulou Frankl a questionar seu mestre: “que sentido tem então a vida?” (FRANKL, 1989, p. 31). Aos quinze anos, leu o artigo de Freud intitulado *Além do princípio do prazer*, fascinando-se pela doutrina psicanalista (AQUINO, 2013 p. 16).

Mesmo tendo herdado esse pessimismo e desesperança que rondava sua época, Frankl, aos 16 anos, realizou uma conferência com o tema o sentido da vida, iniciando a disseminação das primeiras ideias do que veio a ser a sua doutrina. Aos 18 anos, teve sua primeira publicação em jornal do artigo intitulado *Alegria, ou esplêndida centelha divina...*, em que demonstrava um estilo ímpar de pensamento, relatando: “detesto falar da vida como um fim em si mesma, pois, assim fazendo, a privamos de valor e de sentido” (FRANKL, 2000, p. 19).

No que se refere ao seu estado de espírito durante sua juventude, Frankl faz o seguinte relato:

[...] quando eu era jovem, tive de passar pelo inferno do desespero devido à aparente falta de sentido da vida, pelo niilismo total e extremo. Mas lutei contra ele como Jacó lutou com o anjo, até que pude “dizer sim para a vida, apesar de tudo” (FRANKL, 1991, p. 265).

Aos 21 anos, já frequentando o curso de medicina, Frankl, que era presidente dos estudantes socialistas da Áustria, foi convidado pela referida associação para proferir a palestra em Frankfurt sobre o sentido da vida. Durante a formação em medicina, esteve envolvido com a psicologia individual de Adler, inclusive publicando um artigo sobre esta corrente, intitulado *Psicoterapia e visão de mundo* (AQUINO, 2013).

Adler, como primeiro dissidente de Freud, representava uma alternativa à teoria psicanalítica, enfatizando a vontade de potência. No entanto, se Adler foi o precursor deste novo modo de conceber a psiquiatria, considera-se que Frankl como o herdeiro que previu a possibilidade de superar o pessimismo que abalava sua época de estudante e conseguiu, assim, dar um sim à vida, vislumbrando além do seu então mestre (FRANKL, 2008).

Também a leitura da obra de Max Scheler, intitulada *O formalismo na ética e a ética material de valores*, ampliou a visão de Frankl. Esse trabalho causou-lhe um enorme impacto intelectual, pois, através dele, o pensador identificou um certo psicologismo na teoria adleriana. Foi também influenciado por outros teóricos da época, entre os quais se destacam Karl Jaspers, Martin Heidegger, Ludwig Binswangers e Martin Buber. Todos contribuíram para o projeto de reumanização da medicina proposto por Frankl (AQUINO, 2013).

Frankl, em sua constante busca pela verdade, foi expulso da sociedade adleriana por defender as posições de seus professores com argumentos de que era possível a superação do psicologismo da psicologia individual. A partir de então, anunciou sua ruptura com Adler e deu um salto para uma nova compreensão psicoterápica (FRANKL, 1990).

Com a saída de Frankl do círculo adleriano, ocorreu a migração das elucubrações filosóficas em relação à psicoterapia para as preocupações práticas, culminando na fundação, em 1927, dos postos de aconselhamento para a juventude com o objetivo de reduzir os altos índices de suicídio da época na Europa Central (AQUINO, 2013).

Em 1930, Frankl estagiava como estudante na seção de psicoterapia na Universidade de Viena sob a orientação de Otto Pötl, então presidente da clínica de Neuropsiquiatria. Na ocasião seu trabalho se resumia ao seguinte relato:

Então, eu procurava esquecer o que aprendera com a psicanálise e com a psicologia individual. Procurava aprender com os pacientes – escutá-los atentamente. Queria descobrir como eles se posicionavam quando seu estado melhorava (FRANKL, 1990, p. 121).

Dois anos depois, Frankl formou-se em neurologia. Enquanto Hitler era eleito chanceler da Alemanha, Frankl prosseguia com sua brilhante carreira de psiquiatra e neurologista, responsável pelo pavilhão no qual internavam pacientes suicidas num

hospital psiquiátrico, onde trabalhou por quatro anos. Nesse período, atendeu 12 mil pacientes depressivos. Esta experiência lhe conferiu grande habilidade diagnóstica, permitindo-lhe avaliar os pacientes em relação à possibilidade de alta precocemente, através da investigação de se havia, por parte do paciente, algo pelo que valesse a pena viver. Considerava que aquele que tivesse alguma razão convincente para não cometer suicídio, como, sentir-se necessário ao trabalho, possuir uma religião que proíbe o suicídio ou ter uma família que contasse com ele, poderia ser liberado (AQUINO, 2013).

Em 1937, poucos meses após ter iniciado sua clínica particular, foi perseguido pelo exército alemão e foi impedido de exercer o seu trabalho. Por isso, assumiu a direção do departamento de neurologia de um hospital, garantindo certa proteção a seus familiares enquanto aguardava o visto para refugiar-se na América do Norte. Nessa mesma época, os doentes mentais eram vítimas de eutanásia, prática amparada por lei na Alemanha que visava à prevenção de filhos hereditariamente doentes, e Frankl sabotou inúmeros laudos médicos para salvar a vida de pacientes judeus, colocando sua própria vida em risco (AQUINO, 2013).

Em 1941, casou-se com Tilly Grosser, descrita pelo autor como uma mulher bonita e intuitiva. Esteve grávida de cinco meses quando foi forçada a abortar porque nenhuma judia poderia conceber. Tilly faleceu no campo de concentração e Frankl manteve seu amor por toda a vida, conservando uma foto da esposa falecida na sala de estar ao lado da de Freud e Heidegger.

Em 1942, Frankl foi conduzido junto a seus pais à estação de trem de Bauschowitz para serem levados ao campo de concentração de Theresienstadt. Naquele momento, todos estavam em pânico, no entanto seu pai recomendava que se mantivessem animados para ter Deus por perto. Ele morreu aos 81 anos, amparado pelo filho Viktor, que nos últimos momentos lhe administrou uma dose de morfina para aliviar o sofrimento. Sua mãe morreu numa câmara de gás em Auschwitz (FRANKL, 2008).

Frankl passou por quatro campos de concentração, era identificado apenas por um número, e não possuía bens nem títulos naquele momento. Quando estava na fila para entrar no campo de Auschwitz, teve seu primeiro encontro com o médico Mengele, que fazia a seleção de prisioneiros, enviando algumas pessoas para o forno crematório e outras para o trabalho. Na entrada do campo estava escrito: “o

trabalho liberta”. Frankl, ao ser selecionado para uma determinada direção, despistou o médico e foi para a direção contrária. O ato intuitivo salvou-lhe a vida, pois o local para onde havia sido selecionado se encontravam os que iriam morrer (FRANKL, 2008).

Como prisioneiro, foi vítima de grandes dores, deparando-se com sua existência desnuda, mas sem nunca perder a esperança, pois sonhava reencontrar com sua amada. Confortou os companheiros e atuou como médico num ambulatório na ala de tifo exantemático, contraiu a doença, neste período, com o objetivo de manter-se acordado, pois muitos pacientes morriam enquanto dormiam. Resolveu escrever as principais ideias do livro que publicou posteriormente com o título *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Frankl soube enfrentar a dor e o sofrimento com dignidade humana e reafirmar a incondicionalidade do sentido da vida, concluindo que, se a vida tem sentido, o sofrimento certamente também o terá (AQUINO, 2013).

Foi libertado em 27 de abril de 1945, data em que costumava ir à sinagoga demonstrar sua gratidão aos céus, pois acreditava ter sido salvo por Deus. Ainda no mesmo ano retorna a Viena.

Em 1946 lança seu primeiro livro, considerado o primeiro livro pós-guerra da Áustria. Nesse mesmo ano, foi nomeado chefe do departamento de neurologia da Policlínica de Viena, na qual conheceu a jovem enfermeira Elleonore Katharina com quem se casou no ano seguinte. Elleonore passou a acompanhar o esposo em sua jornada (AQUINO, 2013).

Em 1949, recebeu o grau de doutor em filosofia pela Universidade de Viena, defendendo a tese sobre o Deus oculto. Em 1955, foi nomeado professor de neurologia e psiquiatria da Universidade de Viena, proferiu mais de duzentas conferências nos cinco continentes e escreveu 32 livros. Recebeu 29 títulos de Doutor *Honoris Causa* por diversas universidades do mundo e foi professor visitante em várias universidades, entre elas Harvard e Stanford, nos Estados Unidos.

Aos 92 anos, padecia de uma doença cardíaca, e teve que se submeter a uma cirurgia. Antes desta, enquanto seus familiares demonstravam aflição em relação ao procedimento e à situação de risco, Frankl questionou-os: “onde está o trágico?”. Seu neto relatou que estas foram suas últimas palavras. Da cirurgia não mais acordou, falecendo em dois de setembro de 1997.

3.2.2 A logoterapia e as principais obras do autor

A logoterapia, ou, como tem sido chamada por alguns autores, a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido. Para a logoterapia, a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano, inclusive no processo de terminalidade (FRANKL, 2009).

Para Frankl (2011, p. 26):

A logoterapia não foi apenas incluída como ramo da psiquiatria existencial, mas também foi reconhecida como a única escola dessa abordagem a desenvolver algo que, justificadamente, pode-se chamar de técnica. Ressalta ainda que os logoterapeutas não superestimam a importância da técnica em si, mas percebem que o que tem maior significância na terapia é o tipo de relação humana estabelecida entre o terapeuta e o paciente ao que caracteriza como encontro pessoal e existencial.

“A visão de pessoa para a logoterapia se sustenta sobre três pilares: a liberdade da vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida” (FRANKL, 2011 p. 26). A liberdade de vontade significa que o ser humano não é livre de suas contingências, mas é livre para ter uma atitude diante de quaisquer circunstâncias que se apresentem. O autor, por meio de sua teoria motivacional, atribui a vontade de sentido como a motivação primária, pois considera que o ser humano possui uma vontade de encontrar sentido no mundo objetivo, interpretando sua existência em um contexto de sentido (AQUINO, 2013). Em relação ao sentido da vida, Frankl (1992) afirma que a vida tem uma direção ou sentido, endereçando-se à possibilidade de valor reservada a cada ser humano e, em busca de realizá-la, é que se vive a vida.

Na descrição de Frankl (2008), a logoterapia consiste em busca do sentido. Surge, para o autor, como uma necessidade social, quando ele tinha acabado de sair do campo de concentração e constatou que os exilados que encontravam um sentido para o que estavam vivenciando encontravam forças para enfrentar as adversidades típicas daquele ambiente.

Essa situação lhe permitiu e também impulsionou para uma busca de sentido, pois considerava que, até o último suspiro, o ser humano pode configurar sua vida

de modo a ter sentido, e que a vida, independentemente das circunstâncias, mesmo nas mais miseráveis, tem um sentido potencial (FRANKL, 2008).

O filósofo demonstra que, através da logoterapia, o profissional pode ajudar a pessoa a encontrar um sentido. Contudo, ressalta que, a rigor, o profissional não pode mostrar o sentido, mas pode indicar que ele existe, e que a vida o conserva independentemente das circunstâncias, inclusive nos momentos de sofrimento, que são inevitáveis à vida humana. Ainda destaca que o sofrimento humano pode tornar-se uma conquista por conta da atitude que a pessoa adota frente a esta situação (FRANKL, 2011).

Dessa forma, a logoterapia ajuda a pessoa a encontrar um sentido em sua vida, e vê na responsabilidade a essência propriamente da existência. Sua teoria, denominada Logoterapia e Análise Existencial, investiga a realização do ser humano pelo *logos*, que quer dizer sentido, já que oferece uma explicação da existência humana. Para Frankl, a existência possui três significados: o modo de ser, o sentido da existência e a vontade de encontrar sentido concreto na vida (FRANKL, 2009).

Frankl (2011) salienta que a logoterapia não pretende cruzar a fronteira entre psicoterapia e religião, mas deixa a porta aberta a esta, permitindo que a escolha seja feita pelo paciente. O autor considera que cabe a pessoa a decisão a respeito de como interpretar sua responsabilidade, ou seja, se, em última instância, ela diz respeito à humanidade, à sociedade, à própria consciência ou ainda a um ser supremo, o qual pode ser identificado como Deus. Ainda salienta que a logoterapia não constitui uma escola protestante, católica ou judia.

O filósofo afirma que uma psicoterapia religiosa não seria possível por conta da diferença essencial entre psicoterapia e religião, a qual identifica como diferença dimensional, já que ambas têm objetivo e foco diferentes. A primeira se concentra na promoção da saúde mental e a última diz respeito à ideia de salvação. Além disso, a logoterapia está disponível para toda e qualquer pessoa, independentemente de seu credo religioso e sua visão de mundo, podendo ser teísta ou agnóstica (FRANKL, 2011).

No entanto, apesar de a logoterapia não ter a intenção de influenciar na vida espiritual de seus pacientes, sabe-se que pode contribuir para ela através de um efeito colateral, não intencional. Através do reconhecimento da dimensão espiritual da pessoa e de sua capacidade de transcendência, a logoterapia reconhece que a

dimensão espiritual provê a pessoa de uma âncora que traz um sentimento de segurança que não poderia encontrar em qualquer outro lugar (FRANKL, 2011).

Para Frankl (2007), o sentido existe, mas precisa ser encontrado, e, em sua busca, é a consciência que orienta a pessoa. Em resumo, para o autor a consciência é um órgão do sentido.

O autor observava que, independentemente do sofrimento, a liberdade espiritual do ser humano, que não pode ser tolhida, possibilitava-lhes configurar o sentido de suas existências, que é constituído pela atitude com que o ser humano coloca-se em face das contingências da vida. Dizia ele: “Se é que a vida tem sentido, também o sofrimento necessariamente o terá”, pois, afinal, o sofrimento faz parte da vida, assim como a aflição, a dor e a morte.

Viktor Frankl destacou na psicanálise de Freud e na psicologia individual de Adler a preocupação com um equilíbrio interno, numa eterna busca pela cessação de tensão, como objetivo maior da recompensa dos instintos e da satisfação das necessidades, constituindo-se, assim, o fim de toda atividade que envolva a vida (PEREIRA, 2007).

O que de fato impulsiona a pessoa não é nem a vontade de poder (como aponta Adler), nem a vontade de prazer (como em Freud), mas sim o que Frankl chama de vontade de sentido.

Para Frankl (2008), a pessoa só se torna pessoa e só é completamente ela mesma quando fica absorvida pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesma a serviço de uma causa, ou no amor a uma pessoa. É como o olho, que só pode cumprir sua função de ver o mundo enquanto não vê a si próprio. O sentido tem um caráter objetivo de exigência e está no mundo, não no sujeito que o experencia.

A dimensão espiritual do ser humano o impulsiona a buscar o sentido e os valores que contribuem para a realização humana, como o amor, a criatividade e, até mesmo, as vivências decorrentes do sofrimento (RODRIGUES, 1995).

O ser humano possui diferentes dimensões, e o autor considera que a dimensionalidade humana envolve a unidade antropológica da pessoa, assim como suas diferenças ontológicas, constituindo um ser que ele denomina de “unidade apesar da multiplicidade” (FRANKL, 1991, p. 148). A despeito de existir, do ponto de vista antropológico, uma unidade e integridade da chamada essência humana,

ontologicamente o ser humano apresenta uma multiplicidade de dimensões. Para elaborar tais conceitos, Frankl embasou-se nos estudos de Hartmann (ontologia do Ser) e em Scheler (antropologia filosófica e valores).

Frankl considera que o ser humano possui tridimensionalidade — a corporal, a mental e a espiritual — e que todas possuem importante papel na existência humana. Além disso, ponderou que elas interagem entre si, e existe perfeita penetração de uma dimensão nas outras, sem, contudo, ferir a unidade do ser humano, apesar de sua multiplicidade (FRANKL, 2007).

Também afirmou que cada dimensão caracteriza a totalidade humana dentro de determinada especificidade, mantendo, todavia, a interligação das dimensões que determinam a unidade do ser. A dimensão corporal envolve todo o organismo humano e seus processos fisiológicos; já a dimensão mental contém os impulsos, emoções, instintos, sensações, padrões comportamentais e costumes sociais; e a dimensão espiritual caracteriza-se como a instância livre do ser humano, ou seja, a dimensão especificamente humana no sentido noético (espírito/mente), não religioso ou teológico (HUF, 1999).

A pessoa não é um ser predeterminado por fatos de origem física e psicológica, mas um ser que tem a capacidade de decidir espiritualmente, e não por meio de seus impulsos, qual será seu destino. A existência do ser humano é algo essencialmente espiritual e sua realização envolve elementos tanto fisiológicos como psicológicos. Todavia, a despeito de ser uma unidade psicofísica, o corpo e a mente não constituem a totalidade humana. Esta acontece somente com a existência pessoal espiritual, pois a existência humana se realiza completamente na dimensão espiritual (FRANKL, 2008).

Dessa forma, uma doença que atinge a estrutura psicofísica do indivíduo produz diferentes alterações e não atingirá a dimensão espiritual, pois essa servirá para apoiar a forma como esse indivíduo irá reagir no enfrentamento da doença. Se a pessoa vivencia uma crise pessoal, poderão aparecer sinais e sintomas de desequilíbrio, evidenciados pelo abatimento psicológico, o qual poderá vir a comprometer o funcionamento adequado do organismo.

Como dito anteriormente, Viktor Frankl escreveu um total de 32 livros, no primeiro deles, *Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração*, iniciou o estudo do comportamento humano em face das piores atrocidades e

sofrimentos, fruto de sua própria experiência, e desafiou-se a encontrar um sentido maior nessa tragédia. Frankl (2008) relata nesse livro que as palavras de Dostoievsky⁵: “Temo somente uma coisa: não ser digno do meu tormento”, frequentemente vinham à sua mente ao se deparar com pessoas no campo de concentração que testemunhavam a existência de uma liberdade última do ser humano de alcançar a conquista interior, mesmo frente à morte.

A obra de Frankl e os estudos que realizou envolvendo o comportamento humano fundamentam a compreensão da dimensão espiritual do ser humano em sua experiência de vida, o que ele chama de análise existencial. A análise existencial não é uma simples análise da existência humana, mas sim, como explicitado por Huf (1999), uma análise dirigida à existência da existência.

3.2.3 Análise existencial e a busca do sentido segundo Viktor Frankl

Para o autor, a análise é direcionada à existência e sobre a existência é que, do ponto de vista antropológico, direciona o sentido da vida, diferenciando-a da análise da existência puramente, que enfatiza a existência no sentido do esclarecimento do ser. Já a análise existencial ousa ir além da ênfase do esclarecimento de realidades do ser, para um esclarecimento de possibilidades de sentido (FRANKL, 1991).

A análise existencial de Frankl não concebe o ser humano somente nas dimensões psicobiológicas, mas preocupa-se em conhecer a essência desse ser e daquilo que é humano, tendo como orientação o espiritual de duas formas: o *logos*, que é subjetivo, e a existência.

Frankl (2007) definiu o ser humano com base na análise existencial como uma unidade antropológica, sendo que sua essência emerge dentro da dimensão

⁵ Dostoievsky foi um escritor russo do século XIX, considerado um dos maiores romancistas de todos os tempos e um dos pais do existencialismo.

existencial-espiritual, ou seja, uma unidade e ao mesmo tempo uma totalidade física-psíquica-espiritual.

A realidade espiritual é definida como a intencionalidade do ser espiritual, pois o autor considera que ser espiritual é intencional no cerne da sua essência. Frankl aprecia como essencial para o ser humano estar voltado para algo ou alguém, e entende que é dessa forma que se encontra consigo mesmo, reiterando que o ser humano não existe para observar-se a si mesmo, nem para olhar-se no espelho; existe somente para entregar-se, para sacrificar-se e para abandonar-se conhecendo e amando (FRANKL, 2008).

Essa afirmação pode compartilhar ausência de liberdade do ser humano, pois estaria fadado ao sacrifício e ao abandono dentro de sua realidade existencial; no entanto, o sentido de liberdade aqui não é a “liberdade de”, mas a “liberdade para”, caracterizando a opção de que o ser humano tem de assumir posição tanto no campo social, como no psicológico (FRANKL, 1994).

Para Huf (1999), assumir posição para o ser humano livre significa ter liberdade de escolher para transformar-se em algo ou alguém diferente, ou seja, de transformar qualquer possibilidade em ação. A existência humana se basta para explicar a liberdade como possibilidade de escolha; já a responsabilidade está ligada à capacidade de transcender de nossa consciência no processo de avaliação de qualquer escolha como correta ou não.

A consciência é um estado importante no conhecimento do sentido, pois possibilita encontrar o sentido único e exclusivo em cada situação e, além disso, permite encontrar sentido tanto na realidade como nas mais diversas possibilidades. A responsabilidade inclui o “para quê” envolvendo a responsabilidade humana, pois somente ela é responsável por encontrar e cumprir o sentido e os valores. Ao ser indagado e, por vezes, cobrado pela vida, o ser humano responderá com responsabilidade, pois, segundo Frankl (2008), assumir responsabilidade caracteriza-se como o sentido da existência humana.

Frankl (2008) considera que todo ser humano busca um sentido a realizar, alguém para encontrar, uma causa para dedicar-se, e, o melhor de tudo, alguém para amar. Somente quando o ser humano consegue atingir uma interação de transcendência é que sua vida passa a adquirir significado completo. Essa interação, que é uma ação básica no cuidado, ocorre no encontro de dois seres humanos, um

que cuida e outro que está sendo cuidado e visa auxiliar o ser humano em processo de dor e sofrimento a encontrar e buscar um sentido claro para as situações vividas.

Em sua teoria motivacional, Frankl expressa a vontade de sentido como a motivação primária, ou seja, o ser humano possui uma “vontade de encontrar sentido no mundo objetivo, interpretando a sua existência em um contexto de sentido” (AQUINO, 2011, p. 54).

Para Frankl (2011), o que realmente importa não são os condicionantes psicológicos ou os instintos por si mesmos, mas a atitude que tomamos diante deles, e é esta capacidade que nos torna seres humanos.

A experiência do vazio existencial é uma forma explícita ou implícita no diário de cada ser humano toda vez que este se questiona pensar sobre o verdadeiro sentido da vida (FONTOURA, 2013).

Na visão fenomenológica-existencial, a pessoa é aquilo que escolhe ser, e sua existência caracteriza-se pelo conhecimento de si mesma, pelo descobrir-se e compreender-se em busca do sentido para sua vida. Torna-se única através das escolhas de valores próprios (REYNOLDS, 2013).

O vazio existencial está presente na vida de todo ser humano, em maior ou menor grau. Ele é sentido e vivenciado em inúmeras circunstâncias da existência humana e emerge diante de situações peculiares, e às vezes difíceis, pelas quais a pessoa passa na vida. Ele está presente em momentos de proximidade com a morte das pessoas e pode ser observado diante dos vários lutos e perdas vividas ao longo da vida (FONTOURA, 2013).

A obra de Frankl é marcada de forma indubitável pela experiência que passou, já formado em medicina, ao viver por três anos em campos de concentração como *Auschwitz*, *Dachau* e outros menores. As circunstâncias tão adversas que vivenciou propiciaram-lhe inestimável observação do comportamento de indivíduos que, como ele, viam-se suprimidos de todos os propósitos e sentidos pela situação em que se encontravam (FRANKL, 2008).

Como já mencionado, Frankl era existencialista, e a base epistemológica desta corrente é o entendimento do fenômeno humano, ou seja, a compreensão da pessoa pela própria pessoa, de seu ser. (REYNOLDS, 2013).

O existencialismo se caracteriza por não dar respostas, oferece apenas maneiras de alcançá-las. Frankl parte dessa gênese, cuja tarefa é esclarecer e iluminar o caminho para a pessoa retirar a sua verdade.

Frankl (2010), ao tentar explicar o sentido da vida, refere que o ser humano é remetido para si mesmo, tornando-se alguém a quem a vida interroga, alguém que a esta tem que responder. Para o autor, o sofrimento é inevitável, porém, a forma como a pessoa o enfrenta é que faz toda a diferença, pois encontrar um sentido para tal é uma das formas de amenizá-lo.

Ao refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde, percebe-se que o referencial filosófico de Frankl pode colaborar para um cuidado essencialmente humano, com mais qualidade, efetividade e afeto, uma vez que o conhecimento da análise existencial pode contribuir tanto para o autoconhecimento do profissional quanto daqueles de quem cuida, levando à almejada humanização da atenção e trazendo um novo sentido para esta ação.

A compreensão do referencial frankliano poderá auxiliar o profissional da saúde a oferecer o cuidado na dimensão espiritual, pois, buscando confortar o paciente através da escuta, do toque e da troca de afetos, estará colaborando para que ele consiga vislumbrar algum sentido na situação que vivencia.

3.2.4 Tríade trágica na visão frankliana

Para Frankl, (2011) o sofrimento é inerente ao ser humano e ele o denomina como “tríade trágica” da existência humana, considerando que seus três elementos são “dor, culpa e morte”, pois é impossível a pessoa passar pela vida sem dizer que nunca sofreu, nunca falhou e que não irá morrer. No entanto, afirma que não há nenhum aspecto negativo da existência que não possa ser transformado em conquistas positivas, dependendo unicamente da atitude que venha a assumir frente a esta realidade humana.

Frankl ainda destaca:

Quando um homem descobre que seu destino lhe reservou um sofrimento, tem que ver nesse sofrimento também uma tarefa sua, única e original.

Mesmo diante do sofrimento, a pessoa precisa conquistar a consciência de que ela é única e exclusiva em todo cosmo dentro deste destino sofrido. Ninguém pode assumir dela o destino e ninguém pode substituir a pessoa no sofrimento. Mas na maneira como ela própria suporta esse sofrimento está também a possibilidade de uma realização única e singular (Frankl, 2008 p. 102).

Segundo o autor, é a força de obstinação do espírito que definirá a forma como o ser humano passará a encarar a doença e, conseqüentemente, seu enfrentamento. Portanto, essa força é que sustenta a estrutura física e emocional adoecida, pois o espírito, em última instância, não adoece, uma vez que ele é a força potencial que colaborará no processo de transição no adoecimento. Ele qualifica e caracteriza a essência da existência por meio da análise existencial.

Um dos aspectos essenciais da existência está na finitude do ser humano, que tem que representar algo que dê sentido à existência humana, e não algo que lhe tire este sentido (FRANKL, 2010).

É comum a proximidade da morte colocar em dúvida o sentido da vida inteira. No entanto, se fôssemos imortais adiaríamos as nossas ações até o infinito. Tendo a morte como algo que não pode ser evitado para o nosso futuro, vemo-nos obrigados a aproveitar o tempo de vida de que dispomos e não deixar passar em vão as ocasiões irrepetíveis (FRANKL, 2008).

Encontrar sentido num sofrimento inevitável é o que Frankl (2008) denomina de otimismo trágico. Ser otimista diante do trágico significa optar pela vida, apesar de as adversidades apontarem para o contrário. Sua crença no potencial da pessoa e em sua capacidade de encontrar um sentido para sua existência, através da liberdade-responsabilidade para fazer escolhas, denota, em Frankl, uma característica humanista.

Daí sua teoria ser denominada de existencial humanista com tendências a considerar sempre a pessoa como *ser-no-mundo*. Portanto, a liberdade que obrigatoriamente dirige para as escolhas confere à pessoa responsabilidade por si mesma e pelos outros, assim como a torna alvo da liberdade dos outros (FRANKL, 2007).

A certeza da morte, afirma Kovács (2002), ligada à incerteza de sua hora, quando refletida, é fonte de ansiedade durante toda a vida. O sofrimento gerado através de desavenças, incertezas e dificuldades que envolvem o viver humano são situações de angústia que forçam a pessoa a fazer escolhas, admitindo sua

liberdade e a levam a tornar-se responsável, reconhecendo-se, afirmando-se e fazendo assim uso de sua liberdade.

A morte, no existencialismo, assume o papel de obrigar a pessoa a ressignificar cada detalhe da sua existência, tornando-se, então, um processo vital. Nesse sentido, Kovács (2007) explica que em nossa sociedade há uma inversão nas características da morte, deixando de ser um fenômeno natural da vida e representando um fracasso. A essa conduta a autora denominou “morte invertida”, isto é, algo que leva a pessoa ao não enfrentamento do processo de morte, implicando o aumento do medo diante dela.

A partir do momento em que a pessoa não admite a existência da morte, passa a não querer entrar em contato com experiências que causam sofrimento, e a presença da doença avançada caracteriza-se como um desses sofrimentos, pois está associada à proximidade do fim. A doença é compreendida pela ótica existencialista por privação da saúde, significando que a pessoa enferma está limitada na sua condição de liberdade, tendo alterados, então, os limites da liberdade total, das possibilidades de escolhas (FONTOURA, 2013).

A liberdade, nesse caso, é compreendida como uma possibilidade concreta de escolha das situações. A pessoa, a cada instante de sua vida, depara-se com múltiplas possibilidades de escolha, dentre as quais uma poderá ser realizada. Nesses termos, considerando os aspectos da consciência, responsabilidade e liberdade, o eu é construído de acordo com as decisões realizadas, configurando, dessa forma, o seu ser-no-mundo. O encontro do sentido do sofrimento pode ser uma forma menos dolorosa de enfrentá-lo (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Huf (1999) chama atenção para o fato de que o enfermeiro, ao encontrar o sentido de sua vida, retroalimenta sua capacidade de ajudar o outro aos seus cuidados a encontrar sentido de viver. No momento em que ele se torna consciente de seu sentido de vida, passa a observar e valorizar as características únicas que ocorrem de maneira inédita e que compõem as características da totalidade de cada ser humano, podendo efetuar verdadeira ajuda no processo de conhecimento do sentido de vida dessa pessoa.

Para Huf (1999), o referencial teórico de Frankl traz a possibilidade de triplo benefício ao profissional: ao comprometer-se ao cuidado de outro, poderá atingir sua autorrealização; ao reconhecer a dimensão espiritual do outro, terá oportunidade de

despertar sua própria maturidade espiritual; e, finalmente, ao auxiliar outra pessoa a buscar seu sentido de vida, estará movimentando-se para encontrar seu próprio sentido de vida.

Esse processo se daria de forma espontânea, estando longe da rotina que caracteriza a ação de muitos profissionais de enfermagem, transcendendo a ação mecânica de cuidar, valorizando a dimensão espiritual e verdadeiramente humana.

Ao vivenciar a transcendência no cuidado, proveniente da relação de ajuda que estabelece com a pessoa com quem compartilha os cuidados, o profissional conquista uma oportunidade única de transformar o sofrimento desse ser em sua própria realização humana, permeada de profundo sentido.

4 Trajetória da pesquisa

4.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo teve uma característica metodológica denominada qualitativa devido à utilização do referencial teórico de Viktor Frankl. O médico e terapeuta Frankl inspira-se em princípios da fenomenologia e do existencialismo, vertentes filosóficas que consolidaram este paradigma como integrante da prática de pesquisa em ciências sociais e humanas. É a natureza do próprio objeto de pesquisa que requer esta opção metodológica, visto que se trata de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção à pessoa e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, a partir do referencial de Viktor Frankl.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser totalmente quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não apenas por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2008).

A dimensão da pesquisa qualitativa faz referência ao fato de, por meio dela, serem descritas as características de uma população ou de um fenômeno. O aspecto exploratório refere-se à aproximação do fenômeno, objetivando a compreensão do problema e a elaboração de estratégias de intervenção (GIL, 2010).

A investigação na perspectiva do existencialismo e da fenomenologia em seus pressupostos teórico-filosóficos possibilita compreender o ser humano em suas múltiplas facetas, em suas vivências, experiências e relações com o mundo

cotidiano, ao desvelar o fenômeno vivido em sua essência, considerando os fenômenos adoecer, morrer e relacionar-se com o outro, fenômenos que não podem ser compreendidos isolados da pessoa que os vivencia na totalidade de sua existência (ALMEIDA *et al.*, 2009). Trata-se de compreender o ser humano a partir de sua vivência intencional, de forma envolvente e compartilhada com seu mundo vida.

O “mundo-vida” (*Lebenswelt*) é entendido como o nosso modo de ser no espaço e no tempo, incluindo nossas relações com os demais seres vivos e a natureza, ou seja, caracteriza-se por ser um mundo vivo e mutante no qual as ações são efetuadas e o horizonte de compreensão vai se expandindo na medida em que vai fazendo sentido para o ser humano (BICUDO, 2011).

A abordagem existencial fenomenológica tem despertado a atenção de pesquisadores e teóricos de enfermagem como um método de investigação que responde aos aspectos mais profundos que envolvem as pessoas, entre estes, o processo de terminalidade. Tem sido utilizada como complementação aos métodos tradicionais empregados. Ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida dos seres humanos, essa abordagem tem trazido contribuições importantes para um conhecimento mais completo das dimensões que englobam o cuidado no processo de viver humano, até então inexploradas (TERRA, 2006).

A fenomenologia busca compreender a harmonia e a simplicidade presentes no real vivido, considerando que a percepção nunca é instantânea, pontual, isolada, mas encontra-se imersa em uma amplitude sustentada na experiência vivenciada (BICUDO, 2011).

A busca na fenomenologia e no existencialismo é pela intencionalidade. Portanto, não se esgota na realidade objetiva. Entende-se que a vida humana concreta não pode ser totalmente objetivada, mesmo que as leituras científicas sejam necessárias e intrigantes sob vários aspectos. A intencionalidade traz em sua própria essência um horizonte sempre aberto, jamais esgotado. Exprime a presença das pessoas junto às coisas. É o ser humano que constitui o mundo e, para sabermos o que é o espaço que nós mesmos constituímos, é preciso pertencer ao espaço, corporalmente, concretamente e humanamente (FABRI, 2012).

Considera-se que a fenomenologia é uma forma radical de pensar porque busca compreender a raiz do problema. Para tal, procura ir “às próprias coisas”,

partindo de um dado empírico, ou seja, daquilo com o que se lida, no caso deste estudo, a espiritualidade da pessoa em cuidados paliativos e dos profissionais que a cuidam, que será compreendida na dimensão da experiência vivenciada e percebida.

4.2 Contextualizando o local da pesquisa

A presente pesquisa realizou-se na cidade de Pelotas, localizada no sul do estado do Rio Grande do Sul, no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico pertencente ao Hospital Escola da Universidade Federal. Segundo último senso, a cidade conta com uma estimativa de 328.275 habitantes e possui uma universidade pública federal, a qual mantém o Hospital Escola (HE), que desempenha um papel fundamental na assistência, na formação de recursos humanos na área da saúde, na pesquisa e na extensão.

O HE é referência em oncologia na região, contando com ambulatórios de quimioterapia e radioterapia, unidades de internação adultas e pediátricas, retaguarda de urgência e emergência, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, hospital dia e serviço de atenção domiciliar. Nesse serviço, estão incluídas três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) que foram implantadas em março de 2012, a partir da política de atenção domiciliar do Ministério da Saúde, denominada Melhor em Casa, compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social e motorista; e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) composta por fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e motorista.

Ainda conta com duas equipes interdisciplinares para o atendimento de pacientes em cuidados paliativos no denominado Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico. Implantado em abril de 2005 no município de Pelotas com uma equipe e ampliado em 2011 para duas equipes, tal programa veio a somar no cuidado a pacientes vinculados aos serviços de oncologia do município de Pelotas que apresentem necessidade de atenção para tratar as intercorrências relativas ao tratamento de câncer — como náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, desidratação — e da própria doença — como dor, cansaço, dispneia, tristeza,

sonolência, insônia e desnutrição. O programa fecha o ciclo de cuidado integral partindo do diagnóstico, tratamento e cura até os cuidados paliativos para as pessoas sem possibilidade de cura, em ambiente domiciliar. Um dos objetivos do PIDI é prestar assistência de forma interdisciplinar, visando ao cuidado integral e humanizado, considerando o usuário e sua família como protagonistas nesse processo.

O PIDI Oncológico é formado por duas Equipes de Referência compostas por médica, enfermeira e técnicas de enfermagem, que visitam os pacientes em seu domicílio duas vezes ao dia, e uma Equipe Matricial composta por médica coordenadora geral, enfermeira coordenadora técnica, nutricionista, médico cirurgião, psicóloga, assistente social e conselheiro espiritual (teólogo), que realizam visitas semanais. Atualmente o PIDI compartilha uma sede com o programa Melhor em Casa, na qual funciona uma central de atendimento.

O programa realiza ensino, pesquisa e extensão e proporciona também a inserção de residentes multiprofissionais e estudantes das áreas de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, que realizam visitas juntamente com equipe de acordo com a escala de disponibilidade no veículo de transporte.

O fluxo de inclusão das pessoas no PIDI Oncológico se dá através de encaminhamento por formulário próprio, preenchido pelo médico responsável pelo paciente, provenientes dos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia, hospitais e unidades básicas de saúde. O primeiro contato é realizado por via telefônica por um dos profissionais da equipe com o responsável pelo paciente, ao qual se denomina cuidador, sendo marcada a primeira avaliação.

As equipes assumem o atendimento ao paciente de forma integral, fornecendo inclusive os medicamentos prescritos e insumos necessários à assistência. Quando houver programação de alta, um dos componentes da equipe faz o encaminhamento à unidade de referência. Em caso de óbito, o atestado é fornecido pelos médicos dos programas. Após a alta, é fornecido à pessoa um resumo clínico com relatório sumário de todo atendimento.

No PIDI, as equipes reúnem-se semanalmente, em horário predeterminado, para a discussão da situação de todos os pacientes, levando em consideração a avaliação de cada profissional. A partir das necessidades levantadas e discutidas

pela equipe, é construído um Projeto Terapêutico Singular. A coordenadora da equipe registra em uma planilha as condutas preestabelecidas na reunião, e, na semana seguinte, inicia-se a nova reunião a partir da avaliação das metas alcançadas. Do momento da internação até a primeira reunião da equipe, o mesmo é realizado pela equipe de referência.

Atualmente, realizam-se no PIDI reuniões quinzenais entre a equipe interdisciplinar e os cuidadores. Os encontros ocorrem na sede do programa, e neles são criados espaços de discussão entre a equipe e os cuidadores com o objetivo de troca de experiências e compartilhamento da terapêutica. Deixa-se espaço aberto também para que os cuidadores expressem suas angústias e anseios ao acompanharem os pacientes, principalmente os que se encontram em fase terminal.

O diagnóstico é realizado interdisciplinarmente. Cada profissional faz sua avaliação inicial e, na reunião semanal, socializam-no entre a equipe. Torna-se muito interessante este compartilhamento, pois se observa que, dependendo do vínculo formado com o profissional, são reveladas peculiaridades diferentes, que levam a equipe a um conhecimento mais integral do usuário. As metas são definidas semanalmente pelas equipes e são negociadas com a pessoa que está sendo atendida e seu cuidador, e somente são executadas se houver a concordância de ambos. A reavaliação também ocorre semanalmente a partir da discussão interdisciplinar, na qual são apresentadas as metas alcançadas e a definição do Projeto Terapêutico Singular para a semana seguinte.

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

Os princípios éticos estiveram presentes em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos, e também o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (2007) no seu capítulo III, artigos 89, 90 e 91, no referente a Deveres, e nos artigos 94 e 98, com respeito a

Proibições⁶. A todos os participantes foi garantido o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse. O estudo não envolveu nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

Após a qualificação e o ajuste, conforme sugerido pelos doutores que participaram da banca, o projeto foi encaminhado através da Plataforma Brasil para apreciação ética, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas com o parecer número 668.915, em 29 de maio de 2014 (Anexo 1).

Antes da coleta das informações de cada participante, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pela pesquisadora, o qual foi assinado em duas vias por todos os participantes que aceitaram contribuir com as informações, havendo ficado uma via com os participantes e a outra com a pesquisadora. Os participantes foram identificados da seguinte forma: pessoas que estão em cuidados paliativos pelas letras CP seguidas do número referente à ordem da entrevista, e profissionais pela letra P também seguida do número referente à ordem da entrevista.

⁶ Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

4.4 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa nove pessoas incluídas no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico que estavam vivenciando os cuidados paliativos, por estarem com câncer em estágio avançado, e seis profissionais da equipe interdisciplinar que atenderam essas pessoas e suas famílias no processo de terminalidade.

Estabeleceram-se critérios para a seleção dos participantes da pesquisa, diferentes para cada grupo.

Para pessoas em cuidados paliativos, era necessário:

- Estar incluído no PIDI Oncológico;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Aceitar participar do estudo;
- Ter condições clínicas de responder ao instrumento de pesquisa e permitir a gravação da entrevista;
- Permitir que os resultados sejam divulgados em eventos e revistas científicas.

Para profissionais da equipe interdisciplinar:

- Ser integrante da equipe há pelo menos um ano;
- Aceitar participar do estudo;
- Permitir que os resultados sejam divulgados em eventos e publicações científicas.

Para a elaboração da pesquisa, foi realizado contato prévio com onze pessoas em cuidados paliativos, através do acompanhamento da equipe nos atendimentos no domicílio, momento em que a pesquisadora apresentou-se, explicou o objetivo do estudo e realizou o convite para participação. Após a abordagem da pesquisadora, duas pessoas expressaram que não gostariam de relatar suas experiências sobre o tema proposto. Nove aceitaram, e então foi agendada a entrevista em seus domicílios.

Em relação às pessoas em cuidados paliativos, as entrevistas aconteceram em seus domicílios, no cômodo escolhido por eles. Foram guiadas por uma questão de aproximação e por duas questões norteadoras (Apêndice B). Todas as informações foram gravadas em mídia digital e transcritas logo em seguida.

No que se refere aos profissionais convidados, todos aceitaram participar do estudo. Com eles também foram previamente agendadas as entrevistas, sendo quatro delas realizadas em salas reservadas nas dependências do hospital e duas no domicílio dos profissionais, conforme sua preferência. Utilizou-se uma questão de aproximação e duas questões norteadoras (Apêndice B), e as informações foram gravadas e transcritas nos dias subsequentes às entrevistas. Para cada hora de gravação das falas levou-se, em média, quatro horas de transcrição.

No grupo de entrevistados composto por pessoas em cuidados paliativos, seis eram do sexo masculino, com idades entre 44 e 72 anos, e três do sexo feminino, com idades entre 36 e 68 anos. Entre esses pacientes, três estavam aposentados e os demais em licença de saúde.

O grupo de profissionais consistiu em uma enfermeira, um cirurgião dentista, uma psicóloga, uma médica clínica, uma nutricionista e uma assistente social, com idades entre 29 e 59 anos. O tempo de atuação mínimo no PIDI Oncológico dos profissionais entrevistados foi de dois anos e meio e o máximo de nove anos.

Em relação à religiosidade dos participantes, entre as pessoas em cuidados paliativos, duas declararam não pertencer a nenhuma religião, um afirmou ser espírita, duas evangélicas e quatro relataram ser católicas. Entre os profissionais, dois relataram ser espíritas e quatro disseram-se católicos.

4.5 Coleta e interpretação das informações

Na busca por sanar inquietações, optou-se pela pesquisa qualitativa, numa abordagem fenomenológica existencial com referencial frankliano, buscando-se compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção à pessoa e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.

Durante um período de três semanas, a pesquisadora acompanhou as visitas às pessoas em cuidados paliativos do PIDI Oncológico juntamente com a equipe que os atende, com o objetivo de identificar as pessoas que estivessem dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. Quando identificados, foram abordados pela pesquisadora que, ao fazer o convite para participação, apresentou o tema e os

objetivos da pesquisa. A coleta das informações ocorreu no período de junho a outubro de 2014. Os instrumentos utilizados foram a observação, o diário de campo e a entrevista.

Para Leopardi (2002), a observação consiste em um instrumento de coleta de informações a partir do momento em que o pesquisador entra em contato com a realidade que deseja conhecer, ou seja, olhando para esta realidade e anotando tudo o que considerar importante para sua pesquisa. Ainda considera que este instrumento traz, como vantagem, a percepção direta da situação estudada sem intermediações, vislumbrando-a em sua naturalidade. Neste primeiro momento, a pesquisadora observou e anotou algumas peculiaridades de cada participante em seus domicílios, durante a primeira abordagem juntamente com a equipe interdisciplinar, e também no dia da entrevista.

Também o diário de campo foi utilizado como instrumento da pesquisa, pois atua como uma ferramenta que serve para anotar todas as informações observadas, registro das conversas informais, dos comportamentos observados durante as falas e, ainda, as impressões da pesquisadora (MINAYO, 2010).

O outro instrumento de coleta foi a entrevista, tida como uma ferramenta útil para a coleta de informações sobre a experiência vivida pelas pessoas em relação a um determinado tema de pesquisa. Nesta, reconhece-se tanto a dimensão relacional como a técnica necessária para identificar alguns critérios orientadores para coletar as informações e obter melhores resultados (MORENO LOPEZ, 2014).

A entrevista possibilitou uma melhor interação com os participantes, permitindo abordagens individuais com o intuito de resgatar a realidade das vivências das pessoas em cuidados paliativos e dos profissionais que os atendem, pois a pesquisadora passa a se apropriar das descrições experienciais dos entrevistados, para então refletir sobre elas.

Na pesquisa fenomenológica existencial com referencial frankliano, utilizou-se a abordagem hermenêutica para a interpretação das informações, a qual caracteriza o pensamento de autores como Hans-Georg Gadamer e Paul Ricoeur, que desenvolveram uma “filosofia universal da interpretação e das ciências humanas que acentua a natureza histórica e linguística de nossa experiência de mundo”, de acordo com Grondin (2012, p. 01). Segundo Ricoeur (1978, p. 05), a hermenêutica constituiu-se antes da fenomenologia de Husserl. O problema hermenêutico se

colocou primeiro que tudo nos limites da exegese, isto é, no quadro duma disciplina que se propõe compreender um texto, de compreendê-lo a partir da sua intenção, sobre o fundamento daquilo que ele quer dizer. “Elaborar conceitos que compreendam e façam compreender” (RICOUER, 1978, p. 291).

A hermenêutica fenomenológica vai além dos limites da interpretação textual. Envolvendo mais que a investigação filosófica dos significados das palavras, ela pode ser vista como um elemento no processo, no ato ou evento do entendimento em si (SILVA, 2014). “Trata-se de transmitir por meio desta elaboração de razão, uma riqueza de significação que estava já lá” (RICOUER, 1978, p. 291).

De acordo com Terra *et al.* (2009), a hermenêutica origina-se do verbo grego *hermeneuin*, que quer dizer interpretar, e também do substantivo *hermeneia*, que significa interpretação. Além disso, tem-se como justificativa para o surgimento do termo, a ligação ao Deus da mitologia grega Hermes, que está associado à função de tornar compreensível, especialmente quando envolve a linguagem humana de forma que a inteligência possa compreender.

Para Gadamer (2010), a compreensão dá-se através da interpretação da vida que surge na história. Cada ocasião tem seus significados que precisam ser compreendidos. O autor ainda ressalta que o que vem em primeiro lugar não é a reflexão acerca do sentido dado em cada ocasião, a relação primeira é a do ser com a realidade, uma relação de pertencimento à história.

A fenomenologia-hermenêutica tem possibilitado compreender os significados que a pessoa atribui à sua existência no mundo, expressada por meio do diálogo levando à compreensão de suas ações (TERRA *et al.*, 2009).

A compreensão não pode ser controlada por procedimentos ou regras, posto que é uma condição do ser humano. Gadamer considera que o preconceito não é algo que devemos desconsiderar, uma vez que a tradição não é vista como algo externo, objetivo nem pertencente unicamente ao passado. O que somos e o modo como compreendemos o mundo dependem, fundamentalmente, das nossas tradições. Quando então nos confrontamos com nossas tradições e preconceitos é que podemos chegar à compreensão do que nos é estranho (BATISTA, 2012).

Conforme Schmidt (2012, p. 74):

A compreensão é o método para alcançarmos a validade objetiva nas ciências humanas. Temos não apenas a compreensão dos outros e de suas

manifestações da vida, mas as ciências humanas envolvem a compreensão de todos os maiores conectados, como sistemas legais, costumes, culturas e a ascensão e queda de impérios. Entretanto, todas estas outras formas de compreensão nas ciências humanas dependem de nossa habilidade de compreender outras pessoas e suas manifestações da vida. A interpretação é a compreensão orientada por regras de manifestações da vida permanentes, e como a mente ou o espírito encontra sua expressão completa na linguagem, e a compreensão orientada por regras na linguagem é a ciência hermenêutica, a hermenêutica tem uma tarefa nova e importante. A hermenêutica é, assim, o modelo para toda a compreensão nas ciências humanas.

Ainda ressaltando o valor da vivência e da compreensão, Dilthey (2010, p. 99) refere que:

A conexão das ciências humanas é determinada por sua base na vivência e na compreensão, e nas duas fazem-se valer imediatamente diferenças radicais em relação às ciências naturais e são essas diferenças que conferem às ciências humanas o seu caráter próprio.

Conforme Ricoeur (1978), a hermenêutica está embasada na linguagem, sendo, então, desafiante realizá-la criativamente. A teoria traz um pensamento com novos delineamentos com possibilidade de ser compreendido a partir do contexto da história de vida e das reflexões das inúmeras correntes filosóficas, tanto afins como contrárias. Ao ler as obras de Ricoeur, percebe-se o diálogo que manteve com as diferentes correntes da filosofia. O autor buscou traçar a sua própria trajetória filosófica, a qual se caracteriza por ser instigante, aberta, procurando um diálogo com outras posições filosóficas em cuja mediação é possível compreender a sua postura. Ricoeur ainda contribui com a hermenêutica embasada na dialética entre explicação e compreensão mediada pela interpretação, e segue uma metodologia reflexiva que faz uma aliança com o vivido. Considera relevante compreender a existência e, por isso, busca “redescobrir a autenticidade do sentido” por meio da verdade (RICOEUR, 1990; TERRA *et al.*, 2009).

A vivência no acompanhamento da equipe durante os atendimentos, assim como o encontro com cada participante durante este período singular de suas vidas, foram momentos especiais de profundo aprendizado. Foram também momentos de compartilhamento de emoções, carinho, gratidão e troca de saberes expressados a partir da experiência vivida de cada um.

Após a coleta das informações por meio da entrevista e da observação, foi realizada sua descrição, considerando que a pesquisa fenomenológica trabalha com

descrições que se mostram com os materiais ou dados a serem analisados e interpretados (BICUDO, 2011).

A interpretação fenomenológica da descrição não considera o descrito como um dado pragmático cujos significados já estariam ali contidos. Eles vão se revelando mediante a compreensão do sentido das experiências vividas pelo participante, olhadas em sua totalidade. Esta também não é dada em si, surge no trabalho de busca tematicamente focada e que se preocupa e procede de modo rigoroso.

Para operacionalizar esta interpretação, seguiram-se os passos orientados pela interpretação hermenêutica de Paul Ricoeur (1978):

1. Elaboração do texto: produção escrita a partir das descrições das informações coletadas através das entrevistas com as pessoas em cuidados paliativos e os profissionais da equipe que os atende. Primeiro contato da pesquisadora com o texto buscando o sentido das experiências vividas pelos participantes para que sejam existencialmente compreendidas. Momento em que se considera o princípio da fenomenologia de “volta às coisas mesmas”, buscando identificar os sentidos e os significados que emergiram além das palavras, como nos gestos das pessoas em cuidados paliativos e profissionais.

2. Releitura atenta dos textos: momento de envolvimento da pesquisadora com o texto na busca de relacionar a compreensão com as significações, considerando que a fenomenologia volta-se à descrição das vivências do entrevistado, sem preocupação em explicá-las, buscando, então, colocar em evidência os sentidos contidos no texto a partir do que foi expresso pelos participantes em um momento existencial.

A hermenêutica se propõe compreender um texto a partir da sua intenção, fundamentando aquilo que ele quer dizer (RICOEUR, 1978).

3. Interpretação do texto: estabelecer unidades de significado, reunindo unidades de sentido colocadas em evidência. As unidades de significado são postas em frases que se relacionam umas com as outras, indicando momentos distinguíveis na totalidade do texto da descrição. Não estão prontas, são articuladas pelo pesquisador.

Para Ricoeur (1978, p. 14), a interpretação é o trabalho de pensamento que consiste em decifrar o sentido escondido no sentido aparente, em desdobrar os níveis de significação implicados na significação literal.

4. Compreensão: etapa também denominada de sensibilidade manifesta, considerada a última fase da hermenêutica. Nela ocorre o surgimento de algo que antes era desconhecido através da síntese dos significados expressos pelos participantes, buscando por constitutivos relevantes apontados na descrição da experiência vivida. Considera-se o que foi dito e também o que não foi dito durante o discurso e elaboram-se as categorias para compreender o sentido da espiritualidade para as pessoas em cuidados paliativos e para os profissionais que os atendem.

5 Apresentação das informações

Serão apresentadas as informações colhidas durante a observação, registradas no diário de campo, e, a seguir, os dados oriundos da entrevista fenomenológica, aplicada tanto para as pessoas em cuidados paliativos como para os profissionais que as cuidam, na busca de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção à pessoa e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.

5.1 Observações sobre as pessoas em cuidados paliativos

Pessoa em cuidados paliativos 01: CP1

Paciente com idade de 68 anos, do sexo masculino, é aposentado como comerciário e relata não pertencer a nenhuma religião.

Diagnóstico clínico: tumor de pulmão.

Ao entrar no pátio de sua casa, observei a presença de uma gruta, a qual abrigava a imagem de Nossa Senhora de Fátima.

Durante meu primeiro contato, acompanhando a equipe de cuidados paliativos, o paciente mostrou-se satisfeito com a presença dos profissionais e foi acolhedor quando, após ter sido apresentada pela enfermeira, expliquei-lhe o objetivo de estar acompanhando a equipe. Prontamente aceitou participar do estudo e marcamos a entrevista para a próxima semana.

O curioso foi que pediu para sua esposa anotar o meu telefone, e então, no início da semana em que havíamos marcado para a entrevista, ele enviou recado pela equipe que o atendia para que eu fosse logo entrevistá-lo. A razão da

antecipação era porque gostaria muito de contribuir com a pesquisa, mas tinha medo de não dar tempo por conta da gravidade de seu estado de saúde. Foi então que antecipei a entrevista.

Ao chegar a seu domicílio, fui recebida pela sua esposa, que se mostrou feliz com a minha presença e relatou que o marido estava ansioso e preocupado, com medo de não conseguir falar devido a sua proximidade com a morte e que estava insistindo para que ela ligasse para antecipar a conversa.

Logo, conduzida ao quarto onde o participante da pesquisa encontrava-se acamado, este se mostrou receptivo e com um sorriso no olhar, prontamente alcançou sua mão para cumprimentar-me.

Expliquei como procederia a conversa, que seria gravada, li o termo de consentimento livre e esclarecido, auxiliiei-o a sentar-se na cama para assinar o documento.

Durante a conversa, o paciente apresentou dificuldade para falar devido ao cansaço pela situação de doença em fase avançada; no entanto, com muito interesse em participar e relatar a sua experiência.

Demonstrou serenidade e, mesmo com muita emoção na sua fala, várias vezes embargou a voz, porém não chorou.

Fizemos várias pausas durante a conversa para que pudesse descansar. Ele apresentava a boca seca, e ofereci água várias vezes.

No final da conversa, agradeceu a oportunidade de poder conversar sobre espiritualidade e relatou que teve medo de não conseguir colaborar porque sentia que seus dias na terra estavam terminando.

Despedimo-nos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 02: CP2

Paciente com idade de 71 anos, do sexo masculino, é aposentado como supervisor de vendas e informa ser espírita.

Diagnóstico clínico: tumor de cabeça e pescoço.

No primeiro contato, feito através do acompanhamento da equipe, o paciente e sua esposa mostram-se muito receptivos, demonstrando gratidão pelo trabalho da equipe. Após o atendimento, foi servido um café com pão caseiro e bolo, feitos pelo casal para recepcionar os profissionais. O paciente em soroterapia também se acomodou à mesa para tomar o café juntamente com os demais, e relatou que ele e a esposa se sentem muito sozinhos porque os filhos estão casados e moram fora da cidade.

No quarto onde se encontrava, havia uma estante com muitos livros espíritas.

Ao ser apresentada pela equipe, o participante prontamente se mostrou interessado em participar da pesquisa. Ao nos despedirmos, marcamos a data para a entrevista.

No dia agendado, fui novamente recepcionada pelo paciente e sua esposa e ambos permaneceram juntos durante a coleta das informações. Sentamo-nos à mesa da cozinha, expliquei o procedimento e disponibilizei o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido em voz alta pela esposa e, a seguir, assinado pela pessoa em cuidados paliativos.

Durante a entrevista, o participante da pesquisa mostrou-se disposto e satisfeito em falar de sua experiência. Houve momentos em que se emocionou, chorou e relatou que se sentia seguro com a presença de sua esposa.

No final, agradeceu, acompanhou-me até a porta e perguntou se poderia chamar se sentisse necessidade de falar novamente sobre o assunto. Deixei o número de telefone e coloquei-me à sua disposição. Despedimo-nos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 03: CP3

Paciente com idade 62 anos, do sexo feminino, profissão do lar e informa não ter religião.

Diagnóstico clínico: linfoma.

No primeiro contato, realizado juntamente com a equipe de cuidados paliativos, a própria paciente abriu a porta para a equipe e mostrou-se receptiva com

a presença dos profissionais. Fui apresentada pela enfermeira, e a paciente informou que gostaria de participar da pesquisa, mas que não sabia se iria contribuir.

Após o atendimento, marcamos a data para a entrevista.

Ao chegar à casa desta participante no dia marcado, novamente fui recebida por ela mesma, que convidou-me a sentar na sala, local em que ela já estava sentada fazendo crochê.

Ao iniciarmos a conversa, a participante relatou que tinha dificuldade em falar a respeito da espiritualidade; no entanto, com o aparecimento da doença, sabia que era importante abordar o tema e que esta poderia ser uma oportunidade, por isso havia aceitado participar.

Antes de iniciar, expliquei o procedimento e ofereci o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual, após a leitura, prontamente assinou.

Após as informações, agradeceu o atendimento que estava recebendo da equipe do PIDI Oncológico e perguntou se poderia chamar para falar a respeito da espiritualidade caso sentisse tal necessidade. Deixei o número do telefone e coloquei-me à disposição. Despedimo-nos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 04: CP4

Paciente com idade de 54 anos, do sexo masculino, é auxiliar de enfermagem e informa ser católico.

Diagnóstico clínico: tumor gástrico avançado.

Fiz o primeiro contato acompanhando a equipe de cuidados paliativos, momento em que fui apresentada ao paciente e sua família. Expliquei o motivo da visita e, de imediato, o paciente demonstrou interesse em participar. Marquei então a data para a coleta das informações.

Na data combinada, fui muito bem recepcionada pela pessoa em cuidados paliativos e sua esposa, inclusive com um chimarrão que haviam preparado para me esperar.

Antes de iniciar a entrevista entreguei o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido pela esposa em voz alta e posteriormente assinado pelo paciente.

No momento da entrevista, o paciente pediu para ficar sozinho comigo e sua esposa imediatamente aceitou.

Chamou-me a atenção o fato de que o paciente segurava o tempo inteiro um terço em sua mão. Conversou calmamente, enquanto recebia a dieta pela sonda.

Ao final da conversa, mostrou-me sua casa, apresentou seu filho mais velho e falou sobre o filho menor que naquele momento estava na escola.

Agradeceu a oportunidade de conversar sobre a espiritualidade e convidou-me a visitá-lo mais vezes.

Despedimo-nos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 05: CP5

Paciente com idade de 54 anos, do sexo masculino é policial militar aposentado da Brigada Militar e informa ser católico.

Diagnóstico clínico: tumor de intestino.

O primeiro contato com o paciente ocorreu durante o acompanhamento da equipe de cuidados paliativos que o atende. Nessa ocasião fui apresentada pela técnica de enfermagem da equipe, e, coincidentemente, nos demos conta de que já nos conhecíamos de outra instituição de saúde, no período em que ele havia sido submetido a um procedimento cirúrgico e que eu estava naquela instituição como docente do curso de enfermagem. Logo fui explicando o motivo de estar acompanhando a equipe e o paciente prontamente se dispôs a colaborar como participante do estudo. Foi então que agendamos para a próxima semana, conforme a disponibilidade do participante.

Quando retornei à residência do participante na data agendada, encontrei-o na frente da casa tomando sol, enquanto sua esposa varria o pátio.

O paciente convidou-me para entrar e sua esposa relatou que iria aproveitar que ele estava acompanhado para continuar a limpeza do pátio.

Durante a conversa mostrou-se tranquilo ao relatar sua experiência.

Após desligar o gravador, convidou-me para conhecer sua casa, já novamente acompanhado pela esposa.

Agradeceu e elogiou o atendimento da equipe do PIDI Oncológico, relatou que inclusive havia se mudado para Pelotas em busca do referido atendimento, já que, na última cidade onde residiam, não havia serviço de tratamento para pacientes com câncer. Declarou que atualmente se sente muito satisfeito pela escolha de vir morar em Pelotas em razão do suporte que encontrou na equipe que o cuida em casa.

Acompanhou-me até a calçada de casa e despedimo-nos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 06: CP6

Paciente com idade de 68 anos, do sexo feminino, é telefonista aposentada e tem como religião a evangélica.

Diagnóstico clínico: tumor de mama.

No primeiro contato realizado, através do acompanhamento da equipe de cuidados paliativos, fui apresentada pela médica da equipe e abordei o assunto da pesquisa. A paciente logo demonstrou interesse em participar, e então combinamos a entrevista para a semana seguinte, conforme disponibilidade da participante.

Na data marcada, fui recebida pela participante na cozinha de sua casa. Ela se mostrou receptiva, acolhedora e sorridente, convidou para um café e água. Observei que em todos os armários da cozinha havia adesivos com frases alusivas a Deus.

Antes de iniciar a gravação, apresentou-se, falou dos filhos que residem em outra cidade e da filha e do neto que moram com ela. Disse que, no momento, luta pela vida porque deseja conviver mais tempo com o neto e menciona que sente que ele precisa dela. Também falou da relação que mantém com os irmãos, que um deles é mais próximo e sempre liga para saber notícias, inclusive recebeu uma ligação dele durante a conversa.

Durante a entrevista, várias vezes segurou a minha mão.

No final da conversa, agradeceu e elogiou o trabalho da equipe de cuidados paliativos, e declarou sentir-se segura porque, antes de ser atendida pelo programa, tinha dificuldade em controlar os sintomas decorrentes da doença e do tratamento.

Ao despedir-se, solicitou o meu número de telefone e perguntou se poderia ligar se houvesse necessidade de conversar com mais alguém além dos profissionais que a atendem. Prontifiquei-me a retornar se houvesse tal necessidade.

Abraçou-me carinhosamente e acompanhou-me até a frente da casa.

Pessoa em cuidados paliativos 07: CP7

Paciente com idade de 44 anos, do sexo masculino, é motorista de caminhão e informa não pertencer a nenhuma religião.

Diagnóstico clínico: tumor de intestino.

Nosso primeiro contato deu-se através do acompanhamento da equipe em um atendimento. Fui apresentada pela enfermeira e expliquei o motivo da visita, o paciente demonstrou interesse em participar do estudo, e então agendamos a entrevista para a semana seguinte.

Quando cheguei a seu domicílio, avistei-o através da janela sentado na sala da casa com o olhar vago.

Fui então recepcionada por um senhor que veio dos fundos da casa e se apresentou como o cunhado que estava o acompanhando (à distância).

Quando entrei na sala, observei que o paciente estava olhando à sua frente para uma televisão que se encontrava desligada. Ao cumprimentá-lo, apertando sua mão, ele afirmou que estava à minha espera, e que eu estava pontualmente no horário combinado. Perguntei então se poderíamos iniciar a conversa e ele respondeu: “Sim, no momento estou olhando para o nada e também pensando em nada”. Questionei se não gostava de assistir a TV e ele respondeu que não tinha mais paciência. Fala em espanhol, é uruguaio de origem, porém, devido ao longo tempo em que mora no Brasil, articula as palavras lentamente, o que facilita o entendimento.

O participante apresentava-se ictérico, com distensão abdominal importante e edema em membros inferiores. Afirmou sentir-se bem atualmente depois de estar sob os cuidados da equipe do PIDI Oncológico. Durante a entrevista pede para que lhe alcance um copo com água, pois se encontra com a boca seca devido ao uso de morfina para o tratamento da dor.

Ao término da entrevista, agradeceu a oportunidade de conversar sobre a espiritualidade e parabenizou-me pela pesquisa, pois considera importantíssimo que este assunto seja abordado pelos profissionais da saúde que cuidam de pacientes com doenças graves.

Despedimo-nos com um abraço, e fui até o fundo do pátio para que o cuidador abrisse o portão para minha saída.

Pessoa em cuidados paliativos 08: CP8

Paciente com idade de 60 anos, do sexo masculino, é empregado rural e declara ser evangélico.

Diagnóstico clínico: tumor de pulmão com metástase cerebral.

O primeiro contato foi realizado através do acompanhamento da equipe de cuidados paliativos, momento em que fui apresentada pela médica do programa. Expliquei o motivo de estar acompanhando-os, e foi realizado o convite a participar do estudo. O paciente prontificou-se em participar, e então agendamos a entrevista para dois dias após o primeiro contato, conforme disponibilidade do usuário.

Na data agendada, fui recebida na casa pela ex-esposa do participante, dona da residência onde o paciente estava hospedado. Ele atualmente reside no interior da cidade, mas, para receber o tratamento pela equipe do PIDI Oncológico, serviço que cobre apenas a zona urbana do município, teve que alojar-se nesse local.

A senhora conduziu-me ao quarto onde estava o paciente, que se encontrava acamado, com a cabeceira elevada. Pediu-nos licença para dar continuidade a suas atividades domésticas. O participante ofereceu para que eu sentasse em um banco próximo a sua cama. Mostrou-se receptivo, sempre com uma garrafa d'água na mão,

bebendo goles enquanto conversávamos, declarou que ficava com a boca seca pelo uso da morfina.

Relatou que se sentia chateado por estar acamado, mas que quando tentava levantar sentia-se fraco e tinha tonturas, inclusive mencionou haver caído quando insistiu em levantar-se.

Falou que, apesar de estar separado da esposa há alguns anos, sentia-se acolhido por ela nesta fase de sua vida e que ela o cuidava com carinho. Ao fazer este relato, o paciente acabou por emocionar-se e chorou.

Disse que ainda tem esperança de retornar a sua casa na zona rural e entende que lá é seu lugar, porque fica próximo da natureza e dos bichinhos que cria.

Agradeceu a oportunidade de conversar sobre a espiritualidade e colocou-se à disposição se houvesse necessidade de conversar mais.

Despediu-se com um aperto de mão.

Ao sair do quarto fui conduzida pela cuidadora até a frente da casa. Ela relatou a dificuldade e cansaço que sentia, porque tinha que cuidá-lo sozinha e que não sabia como proceder caso ele passasse mal durante o final de semana. Orientei que ligasse para o telefone que havia sido disponibilizado pela equipe do PIDI, antes de tomar qualquer atitude.

Agradeceu e despediu-se com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 09: CP9

Paciente com idade de 36 anos, do sexo feminino, tem como profissão safrista e professa a religião católica.

Diagnóstico clínico: tumor cerebral.

No primeiro contato, feito através do acompanhamento da equipe de cuidados paliativos, fui apresentada pela médica da equipe e expliquei o motivo de estar acompanhando-a. Convidei a paciente a participar do estudo e, ao receber resposta positiva, agendamos a entrevista para duas semanas a partir da data, conforme disponibilidade da usuária.

Na data agendada, fui recebida pela paciente e sua irmã, quem se apresentou como sua cuidadora, na casa da mãe de ambas, que ficava ao lado da casa da paciente. Pediram para que a conversa fosse ali porque o ambiente, segundo elas, estava mais organizado. Na casa, havia duas crianças, o sobrinho-neto, que é cuidado pela irmã, e o filho de um ano de idade da paciente.

A participante encontrava-se sentada no sofá da sala com o bebê no colo. Sugeri-nos que fôssemos para o quarto de sua mãe para iniciarmos a conversa e pediu-nos que a irmã a conduzisse, ofereci-me para auxiliar no transporte e ela entregou-me o bebê para que o segurasse no colo.

A paciente apresentava dificuldade em equilibrar-se, não conseguindo ficar em pé sem auxílio e muito menos caminhar.

Foi acomodada na cama, sentada e amparada por travesseiros.

Iniciamos a entrevista, e percebi que a paciente apresentava muita dificuldade em articular as palavras, porém muito interesse em participar da pesquisa. Durante a conversa, fomos várias vezes interrompidas pela presença do sobrinho, a quem a participante referiu ser hiperativo.

Após desligar o gravador, a participante chorou muito e relatou que o fato de não conseguir ficar em pé faz com que o seu bebê não queira permanecer em seu colo. Disse que no momento este é o seu maior desejo: ficar em pé para poder segurar seu filho. Foi então que prometi falar com o fisioterapeuta para tentar conseguir uma órtese que a auxiliasse a permanecer em pé.

Agradeceu a oportunidade de conversar sobre a sua espiritualidade e colocou-se à disposição para novas entrevistas. Auxiliei-a então a retornar para a sala, onde novamente sentou-se com o bebê no colo.

Despedimo-nos com um abraço.

Após seguir os passos descritos por Ricouer (1978) na busca de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção as pessoas em cuidados paliativos e para a equipe interdisciplinar a partir do referencial de Viktor Frankl, puderam-se classificar as experiências dos participantes. Dos relatos das pessoas em cuidados paliativos, emergiram duas categorias, as quais foram subcategorizadas; da mesma forma, os relatos dos profissionais foram divididos em duas categorias, as quais foram igualmente subcategorizadas.

A seguir, apresento as categorias com suas respectivas subcategorias que emergiram a partir das informações das pessoas em cuidados paliativos.

5.2 O sentido da espiritualidade para as pessoas em cuidados paliativos

Esta categoria traz as informações provenientes das pessoas que estão com uma doença que ameaça sua vida e encontram-se em cuidados paliativos em seus domicílios, sendo atendidos por uma equipe interdisciplinar que desenvolve ações com o objetivo de aliviar os sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais, proporcionando-lhes conforto e qualidade de vida.

Desta categoria, surgiram as seguintes subcategorias:

5.2.1 Continuidade da vida;

5.2.2 Alívio do sofrimento;

5.2.3 Naturalidade da morte;

5.2.4 Valorização do viver.

5.2.1 Continuidade da vida

Para Boff (2012), o envelhecer e o morrer fazem parte da existência para a pessoa espiritual, não a matam, ao contrário, permitem uma nova perspectiva para a vida. Assim como ao nascer não tivemos que nos preocupar, pois a natureza agiu sabiamente e houve pessoas que cuidaram para que esse curso natural acontecesse, o mesmo ocorre com a morte: passamos para outro estado de consciência sem nos darmos conta dessa passagem.

Também para as pessoas que estão em cuidados paliativos a espiritualidade dá um sentido de continuidade quando expressam que a vida não termina com a morte do corpo, inclusive ressaltando que com o enfraquecimento do corpo sentem o fortalecimento do espírito e vislumbram a morte como uma passagem para um outro lugar.

Como há encarnação, não muda nada, continua (...) a vida nunca termina. Nós não somos corpo, nós somos infinito, a carne é uma ferramenta para nos conduzir aqui na terra (CP1).

Quem morre é o nosso corpo, a gente aqui é carne, mas o que Deus quer da gente é o espírito. Com a doença está enfraquecendo o corpo e fortalecendo o espírito (CP5).

(...) quando eu frequentava a igreja (...) eu estava tão preparada que eu não tinha medo da morte, mas agora nesta última piora eu senti, eu vacilei um pouco. Depois eu conversando com Deus eu entendi que a gente não morre, só vai para um lugar melhor e eu acredito nisso aí (CP6).

Observa-se, na fala de CP6, que ela refere conversar com Deus, o que caracteriza um exercício de transcendência, capacidade restrita aos seres humanos quando buscam algo fora de si. Para Frankl (2011, p. 29), a pessoa transcende a si mesmo tanto em direção a outro ser humano, quanto em busca de sentido.

Ainda foi referido que a espiritualidade oferece preparo para o enfrentamento da morte com naturalidade, sendo então importante manter ativa esta relação com uma crença que remeta o paciente à espiritualidade; ou seja, a terminalidade da vida, para as pessoas em cuidados paliativos, é apenas a morte física de um indivíduo. Como existe algo muito além do viver humano, entende-se que há uma relação com o instinto de conservação do ser humano que os impede de acreditar que haja um fim de tudo.

As crenças pessoais dão sentido às situações de sofrimento da vida; dessa forma, a doença crônica é referida tanto como uma oportunidade de crescimento espiritual quanto como uma experiência física e emocional. A busca por um sentido na vida e a experiência de conectar-se com Deus parece ser uma importante maneira de enfrentar a doença crônica (KOENIG, 2006).

Buscar na espiritualidade sentido para a morte é comum à grande diversidade de religiões que existe em nosso país. Todas as religiões pregam a continuidade da vida: para os cristãos a morte conduz a alma ou o espírito para outra dimensão, ou ainda, junto de Deus; já a doutrina espírita, o budismo, o hinduísmo e o taoísmo consideram a possibilidade de reencarnar, ou seja, de o espírito retornar à terra a partir do nascimento de um novo ser. Independentemente da religião, esta é uma forma de atribuir sentido à morte, vendo-a então como continuidade da vida em outra dimensão (REZENDE; LODOVICI; CONCONE, 2012).

A continuidade da vida também é entendida por Frankl, (1995) quando afirma que a dimensão espiritual permanece íntegra, apesar da enfermidade, mantendo-se

livre para escolher o modo como vivenciará sua doença, seja na dimensão psíquica ou orgânica. Ainda que se encontre bloqueada, a faculdade espiritual continua, potencialmente, mesmo que não possa ter expressão constante através das outras dimensões do ser. Não se trata apenas de um esclarecimento ontológico, mas também de uma questão de alta relevância terapêutica, tendo em vista que o papel do profissional seja o de mobilizar a existência espiritual, sendo esta a única que permanecerá apesar da morte física e psíquica.

5.2.2 Alívio do sofrimento

Em cuidados paliativos, as principais fontes de sofrimento para os doentes são as perdas de autonomia, sentido da vida, dignidade, papéis sociais, além dos sintomas mal controlados, modificação da imagem corporal e nas relações interpessoais, mudanças de expectativas e de perspectivas futuras e algumas vezes abandono por parte dos familiares e amigos (NETO; AITKEN; PALDRON, 2004).

Frankl (2008) considera que uma pessoa, mesmo na iminência da morte, pode encontrar um sentido positivo para o sofrimento decorrente desta situação. Isso se caracteriza pelo encontro de um objetivo ou explicação para a situação, podendo recorrer à atividade laboral, a projetos de vida, a experiências vividas e a atitudes positivas frente a esta realidade existencial, evitando que o sofrimento seja destrutivo, pois, segundo o autor, o que destrói a pessoa não é o sofrimento por si só, mas o sofrimento sem sentido.

Por meio da espiritualidade, é atribuído sentido ao sofrimento, aliviando-o. Ao considerar a fé, a oração e a meditação como suportes para o enfrentamento, percebe-se, inclusive, melhora nos sintomas e observa-se que com a doença a fé foi intensificada. Esse fato pode ser identificado no relato dos entrevistados:

Muita coisa que está me acontecendo hoje com a doença que eu tenho está sendo bem leve porque eu confio (...) esta confiança vem lá de dentro e cada dia que passa eu confio mais (CP1).

(...) a gente procurando a espiritualidade melhora bastante, melhora mesmo, porque eu melhorei (CP3).

Tenho mais fé, isso me ajuda bastante, depois de uma oração me sinto aliviado, mais tranquilo, não fico deprimido, quando eu rezo, fico bem melhor (CP4).

Quando eu descobri a doença foi a minha religião e minha fé que me fortaleceu mais (CP5).

Para mim é muito importante a minha fé porque me ajuda a melhorar. Eu já tinha fé antes, mas depois que fiquei doente aumentou a minha esperança (CP9).

O sofrimento da pessoa é um componente importante nos cuidados de saúde e, com o aumento das doenças crônicas no mundo, foi incluído o sofrimento como um foco na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), tornando-se pertinente a análise da percepção do doente oncológico em situação paliativa quanto a esse sentimento (ALVES; JARDIM; FREITAS, 2012). Na percepção dos participantes, a espiritualidade promove o suporte através da fé, da oração, da confiança em algo superior dando-lhes força para enfrentamento e atribuindo sentido à vida.

Em situações de sofrimento inevitável extremo, o que se espera da pessoa é que suporte a inabilidade de compreender de maneira racional que a vida tem um sentido incondicional, não obstante as circunstâncias. Este sentido incondicional é chamado de suprassentido. Só é apreendido pela fé, pela confiança, pelo amor (FRANKL, 1989). Ou seja, o suprassentido não pode ser compreendido pelo raciocínio que responde à pergunta do “por quê?” (por que aconteceu a doença terminal, a catástrofe natural, a situação inesperada?) (FRANKL, 1993) e sim pelo sentido potencial da vida, que é incondicional e somente pode ser encontrado através da fé (FRANKL, 2007).

5.2.3 Naturalidade da morte

Entende-se que a singularidade do ser humano faz com que o processo de morte também seja uma experiência individual que pode ser vivenciada de maneiras diferentes por cada pessoa, dependendo do contexto social, histórico e cultural em que ela está inserida. Entretanto, a não aceitação desse processo como parte do ciclo de vida tem relação com o medo do desconhecido e com a falta de sentido. É importante que o processo de morrer e a morte sejam enfrentados como sendo momentos sublimes, dotados de elevação espiritual, de expressão de sentimentos, de atos de coragem e solidariedade com o outro (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Na visão frankliana, o sentido diz respeito à totalidade da vida de uma pessoa e também ao momento presente. Também se refere a um sentido último, mais amplo, o qual o autor denomina como o sentido da totalidade da vida de todos. Exemplifica através da seguinte metáfora: um filme é feito com milhares de fotos, cada uma tem um sentido, mas o sentido do filme todo só será compreensível ao final da exibição. Então, só é possível compreender o sentido da vida de uma pessoa como um todo no encerramento desta vida, ou após seu encerramento (FRANKL, 1993).

Sabe-se que o grande facilitador desse processo é a atuação de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos com um vínculo efetivo e afetivo entre seus componentes e com o paciente e sua família que estão vivenciando o processo de morte.

A presença do diagnóstico de uma doença que ameace a vida, principalmente quando esta é o câncer, inevitavelmente remete a pessoa a pensar na morte. Com isso, surge uma série de expectativas acerca deste processo; no entanto, percebe-se que, com a evolução da doença e com o acolhimento e manejo dos sintomas decorrentes desta expectativa, é comum que essas pessoas compreendam a naturalidade da morte.

Esse sentido de naturalidade da morte é mencionado pelos participantes que a veem como uma virada de página ou um sono, sensação que é intensificada com a doença. Percebem que é inevitável a todos os seres vivos, porém vista com tranquilidade como um processo que faz parte da vida.

Nunca tive medo da morte, depois que eu tive o conhecimento, através de leituras e contatos com outras dimensões quando fechava os olhos para dormir, confirmou o que eu pensava, morte para mim é uma virada de página como se eu encostasse a cabeça no travesseiro e dormisse (CP1).

Vejo a morte natural, tem três tipos de morte, pela idade, desgaste natural, pelo abuso físico que é o meu caso e pela necessidade de reposição da população mundial, tem que morrer pra nascer mais, eu entendo assim (CP2).

Quando não estava doente eu achava a morte uma coisa pesada, diferente, depois que fiquei doente aquele medo que eu tinha antes eu não tenho mais (CP4).

Nunca tive e não tenho medo de morrer, sei que um dia a gente vai ter que ir, temos que deixar na mão de Deus, também não quero ficar sofrendo e fazer quem está do meu lado sofrer. Não tenho medo, estou tranquilo (CP5). E a hora que tiver que ser vai ser porque a coisa que todo mundo tem em comum é a morte, todo mundo, tem pessoas que aceitam e outras não (CP6).

Não tenho medo de nada. Converso com minha mulher, falo para ela, às vezes ela se revolta comigo porque quero falar sobre isso, e digo, temos que pensar para trás e para frente. Tem que saber que posso morrer de um dia para o outro, temos que deixar tudo pronto (CP7).

Na fala de CP5, a morte significa alívio de sofrimento tanto para ele como para sua família, e ainda atribui sua tranquilidade perante este momento à confiança que deposita em Deus.

Observa-se que a confiança em Deus é a condutora dessa tranquilidade que leva essas pessoas a não sentirem medo da morte, e que inclusive permite que este assunto seja abordado pelos pacientes com seus familiares, possibilitando certo preparo para este momento, conforme expresso por um participante quando menciona a necessidade de “deixar tudo pronto”. Esse preparo pode ser entendido como um meio, também, de encontrar conforto espiritual, porque sabe que aqueles por quem tem afeto, ou são seus dependentes, ficarão amparados. Nesse sentido, doenças como o câncer permitem esse planejamento, as coisas não acontecem de forma aguda, de forma abrupta, e isso traz conforto de alguma forma.

Neste estudo, considera-se que Deus seja uma força suprema que nunca faltará à pessoa que buscá-la através do exercício de transcendência, o qual se caracteriza pela capacidade exclusivamente humana de buscar algo fora de si. Isso ocorre através da relação com Deus a partir da oração, prece, ou simplesmente uma conversa. Frankl (2007, p. 112-113) define Deus como “o parceiro dos nossos mais íntimos diálogos conosco mesmos”. Para o autor, sempre que estivermos totalmente a sós conosco, quando estivermos dialogando conosco na derradeira solidão e honestidade, é legítimo denominar o parceiro desses solilóquios de Deus, independentemente de nos considerarmos ateístas ou crentes em Deus.

Conforme Kübler-Ross (2003, p. 58-59):

Existe, ainda hoje, uma grande dificuldade ao se lidar com as questões relativas à morte. Somos, desde pequenos, privados de vivenciá-la como um acontecimento natural. Parece que escondemos, disfarçamos e não damos a chance de conversar sobre o assunto e, aliado a isso, há o medo do desconhecido — o que virá depois? Entre outros, todos esses fatores só dificultam a maneira com a qual nos portamos no lidar com a morte. Contudo, por mais que se negue a morte, é inevitável vivermos situações em que somos obrigados a encará-la de frente.

A autora ainda considera que os pacientes em estado terminal não apenas nos ensinam sobre o processo da morte, mas também como podemos viver de maneira a não deixarmos tarefas inacabadas. As pessoas que vivem plenamente nunca terão medo de viver nem de morrer.

Na concepção de Frankl (1989), independentemente da duração de uma existência, ela possui um sentido, e o ser humano passa a buscá-lo ao se deparar com a transitoriedade de sua vida. A morte e o morrer não seriam algo que destituiria a vida de um sentido, pois o caráter transitório da vida é que impulsiona o ser humano a buscar um sentido para realizar determinada tarefa. Em outras palavras, a finitude dá um sentido para a vida, despertando no ser humano o senso de responsabilidade, visto que a morte faz com que a vida seja única e impossível de ser revertida (FRANKL, 1994).

O autor compreende que, se as pessoas tivessem uma vida infinita, adiariam frequentemente suas escolhas e não possuiriam assim um sentido para realizarem os valores que vivessem no momento (FRANKL, 1989).

5.2.4 Valorização do viver

É comum, com a proximidade da morte, a valorização da vida. Observa-se que cada dia de vida passa a ser precioso quando a pessoa tem a morte iminente, todos os momentos passam a ter outra dimensão: alguns se apegam ao fato de que não querem deixar os filhos, outros referem apreciar o simples fato de acordar, a possibilidade de permanecer por mais um dia, de estarem vivos, possibilitando o desenvolvimento de ações do cotidiano.

A possibilidade de morte nesse aspecto é o principal motivador dos atos especificamente humanos, como o amor. Além disso, vincula a existência humana à vida, sobretudo aos valores vivenciais, o que, por conseguinte, valoriza a existência (AQUINO *et al.*, 2014). Frankl (1994) considerou que a transitoriedade da vida deve ser um incentivo para realizar as ações responsáveis na existência humana.

Ressalta-se, então, o sentido de valorização para o tempo de vida que resta, demonstração de gratidão por cada dia a mais, esperança de permanecer mais tempo, demonstrando, no entanto, confiança e entrega para Deus.

Eu agradeço o dia, é difícil, se for ver bem material, agora a gente conseguiu quase tudo, mas tem as crianças e minha esposa que vão ficar (CP4).

Quando amanhece o dia eu agradeço a Deus porque eu acordei, que eu estou aqui (CP5).

Eu só tenho que agradecer por tudo que eu passei e que eu já tive, agradeço todos os dias por estar viva, por ter passado aquele dia, entrego meu dia nas mãos de Deus, todas as manhãs é tudo com o senhor meu pai (CP6).

Meu filho pequeninho tinha seis meses quando eu fiquei doente, agora já está com um ano, ele é muito pequeninho, até a teta tive que parar de dar para ele por causa dos remédios. Tenho esperança de ficar mais um tempo para cuidar do meu pequeninho, dar banho, trocar, dar mamadeira que eu não consigo agora (CP9).

Na vigência da proximidade da morte, o tempo passa a ser compreendido com grande importância no que se refere à existência. Por ter noção da iminência de sua finitude, de sua morte física, é que se tem urgência na organização do tempo que resta para o fechamento do ciclo vital com o mínimo de pendências possível.

As experiências de perdas e morte na vida da pessoa conduzem à reestruturação no sentido da valorização da sua existência. Sendo assim, embora não ocorra a morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a ressignificação da vida, assim sugerindo à sociedade uma transformação das concepções, restituindo-se a dignidade da morte que só será reconhecida como um processo natural (COMBINATO; QUEIROZ, 2006; ARAÚJO; VIEIRA, 2004).

A confiança e a possibilidade de o paciente contar com alguém que o escuta e o compreende sem julgamento, e ainda considera importantes todas as suas demandas e dores, e que consegue fazer com que dê a tudo aquilo que expressa um significado para a sua existência, certamente contribui para que, uma vez tratadas suas demandas, essa pessoa consiga, com mais tranquilidade, aceitar a morte. Dessa forma, pode, com serenidade, opinar sobre o que gostaria que fosse feito após a sua partida, em relação à sua família e também sobre o que gostaria de decidir sobre suas preferências em relação à cerimônia fúnebre. Debater sobre a morte nos conduz ao valor da vida, ainda que seja, apenas, os poucos dias que ainda resta (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Os cuidados paliativos preconizados pela enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders buscam valorizar a pessoa em todos os dias de sua existência, proporcionando alívio dos sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais. Caracterizam-se por uma atenção de pouca tecnologia e muito contato, sendo orientados pelo saber científico, mas tendo como base a compaixão e o amor (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

5.3 Sentido de integralidade do cuidado

Nesta categoria, busca-se compreender o sentido da espiritualidade na integralidade do cuidado percebido por usuários que estão em cuidados paliativos. Nesta modalidade de cuidado, com a possibilidade de morte iminente, considera-se fundamentalmente que a equipe considere os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, o que justifica a presença e atuação de uma equipe multiprofissional com metodologia interdisciplinar de trabalho.

Esta se divide nas seguintes subcategorias:

5.3.2 Conforto e fé proporcionados pela espiritualidade;

5.3.3 Presença de Deus;

5.3.4 Cuidado espiritual.

5.3.1 Conforto e fé proporcionados pela espiritualidade

Estudos apontam que a fé traz conforto e explica o que parece inexplicável no enfrentamento de situações difíceis pelas quais passam os pacientes críticos e seus familiares que, diante dos sentimentos de insegurança e tristeza vivenciados, encontram, em suas crenças e práticas espirituais, apoio para o enfrentamento e respostas aos questionamentos, quase nunca explícitos, sobre o viver e o morrer

(ANJOS *et al.*, 2012; BOUSSO, SERAFIM, MISKO, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2010; PAULA, NASCIMENTO, ROCHA, 2009).

Pacientes em tratamento de câncer atribuem uma relação positiva entre a crença espiritual e o enfrentamento da doença, e a fé dá um novo sentido à vida neste momento de sofrimento, inclusive levando-os ao encontro de Deus (CARDOSO, 2013).

Na experiência dos participantes deste estudo, a espiritualidade dá o sentido de conforto e complemento ao tratamento convencional. Esse foi atribuído à cirurgia espiritual, sensação de presença espiritual do papa já falecido, fé em Deus, assistência de espiritualista, de pastor evangélico e leitura da Bíblia.

A gente fez uma cirurgia espiritual, e eu sei até o nome da equipe que me atendeu: doutor Miguel, doutor José e a Oldina que é ajudante. Eram todas as quartas feiras, três foram as cirurgias e mais três quartas para os curativos. Eu me senti melhor depois da cirurgia espiritual, na segunda vez senti muita dor durante a cirurgia espiritual, que era a dor que eu sentia antes de fazer a cirurgia física, que me abriram e fecharam. Me doía na hora que estava marcada a cirurgia às 10h da noite. No outro dia da cirurgia espiritual também me senti mal. Depois disso me aliviou a dor e nunca mais senti como sentia antes (CP4).

Comigo também sempre teve o papa João Paulo II, sempre na minha cabeceira, bem antes de ele ser canonizado eu tinha muita fé nele, sempre gostei dele. Nunca enxerguei ele, mas sentia que ele estava comigo, a presença, a espiritualidade dele. Toda vez que eu ia pra UTI, minha esposa dizia: “Maria passa na frente”, e eu sentia tranquilidade. Eu tenho a foto do papa e levo sempre comigo (CP5).

A fé que a gente tem que ter é muito grande, porque só o fato da gente acreditar em algo que a gente nunca viu, a gente nunca viu Deus, mas a fé é tão grande que ela pode curar a gente (CP6).

Já me tratei com um espiritualista, eu fui várias vezes e é muita oração, não tem nada de pai de santo. Me fez operação astral, disse que não tinha como me cortar. Apreendi o lado espiritual, o lado da fé, da importância de rezar, o jeito de tratar com os outros. Ele faz uma palestra meia hora antes de iniciar os atendimentos e te fala das coisas como é a vida, tem uma equipe de trinta pessoas que trabalham com ele e a única coisa que ele aceita é que leve uma cadeira pra sentar (CP7).

(...) estou melhorando e sempre com acompanhamento do pessoal da igreja, vem o pastor da Universal fazer oração por mim. E isso é força total. A minha fé é até nos ossos (CP8).

A minha fé é grande tanto que eu leio a bíblia todos os dias e isso me ajuda um monte, as pessoas também oram por mim na igreja. Lá no hospital também ia uma guria e uma senhora fazer oração (CP9).

Observa-se que, apesar das diferentes manifestações da espiritualidade referidas pelas pessoas em cuidados paliativos, foi unânime o reconhecimento do conforto e auxílio que receberam, sendo, inclusive, atribuído alívio de sintoma físico após a cirurgia espiritual, esclarecimento por meio de palestras e leitura da Bíblia, sensação de tranquilidade e até esperança de cura. Isso trouxe o sentido de

complementaridade entre o biopsicossocial e o espiritual, levando à integralidade do cuidado considerando todas as dimensões da pessoa.

Observa-se que, no relato de CP4, que se diz católico, ele afirma que com a doença encontrou sentido na sua busca espiritual através da cirurgia espiritual. Isso mostra que a espiritualidade não tem necessariamente vínculo com a religiosidade, e sim com a necessidade do indivíduo que confere sentido à sua busca.

A fé e a ciência são interdependentes, porque, se a fé é incapaz de se confrontar com a ciência, corre o risco de se transformar em “superstição”. Ainda o princípio e o fim, a origem e o aperfeiçoamento de todas as coisas são competências exclusivas da espiritualidade. Isso porque é por meio da divergência que se torna possível uma visão mais ampla. Dessa forma, apesar de terem segmentos distintos, tanto a espiritualidade quanto a ciência buscam o bem-estar do ser humano (FRANKL; LAPIDE, 2005).

5.3.2 Presença de Deus

A fé e o suporte promovido pela espiritualidade proporcionam um melhor controle interno frente às situações de terminalidade. Sabe-se que as religiões oferecem soluções para o dilema da morte, geralmente associadas à presença de Deus, independentemente da crença religiosa da pessoa. A prática espiritual torna-se uma estratégia de recuperação de forças perdidas durante a experiência de sofrimento. Nesse contexto, as crenças e práticas religiosas atendem a necessidade da pessoa de ter uma expectativa para o futuro (BOUSSO *et al.*, 2011).

O sentido da presença de Deus é vivenciado pelos participantes de diferentes formas, que têm significados através do amor, força, fé, tranquilidade, proteção, possibilidade de vencer e transpor obstáculos.

Primeiro lugar, sem um lado o outro não funciona, os dois têm que funcionar em conjunto, tenho que ter fé na parte médica na terra e na parte espiritual (CP1).

Então hoje eu não viveria sem Deus, então eu tenho muita fé nele, ele abriu a minha cabeça. O mundo é criado e construído através do amor, eu fui saber isto muito tarde, sofri muito até entender que Deus é amor e que tem que entrar na linha dele, assim mão direita e essa é a minha compreensão (CP2).

Agora eu acredito que existe uma força que faz a gente melhorar que ajuda, que tem alguém ajudando. Acredito que sejam os espíritos com o consentimento de Deus, porque acima de tudo tem Deus e Jesus Cristo (CP3).

A resposta que tive de Deus foi a minha tranquilidade, não sentia medo de nada. Vários amigos ligavam [e diziam] que estavam orando pra mim. Quando me visitavam, faziam orações e eu tinha fé. Até quando eu saí de coma eu vi que eu estava tranquilo (CP5).

Na minha casa em quase tudo que eu tenho diz Deus está no comando, Deus protege esta família. Eu sempre digo que com Deus eu subo muralhas, voo mais alto do que uma águia (CP6).

Graças a Deus eu viajei por 06 anos seguidos e nunca quebrei uma sinaleira do caminhão, isto pra mim é uma resposta de Deus pra minha fé. Em casa também sempre peço pra Deus pra me proteger e para solucionar isso da forma dele (CP7).

Eu penso assim, assim como tem o médico pra tratar do corpo, também tem o médico espiritual, porque se tu tem a tua fé, só quem pode te curar é Jesus (CP8).

Eu acredito em Deus, chego até ele lendo a minha Bíblia, tem umas mulheres que vêm na minha casa dar culto. Sou católica (CP9).

Observa-se que, na vivência das pessoas em cuidados paliativos que se encontram em situação de iminência de morte, a presença de Deus em suas vidas é muito forte, inclusive muitos reconhecem que com a doença isto se intensificou, e ainda fazem uma analogia à saúde física e espiritual, considerando a necessidade dessa complementaridade.

Viver a espiritualidade é a forma amorosa de sentir o tempo, tendo o privilégio de ver Deus, o mistério último, em toda parte. A espiritualidade amplia a visão, possibilitando a relação de transcendência com esta força universal (MAZZAROLLO; TEIXEIRA, 2011).

Na situação de doença e morte, a família também atribui a Deus ou a forças ocultas não só a causa do evento, como também a possibilidade de superação da experiência, uma maneira de não se perder a esperança. Ao atribuir à vontade de Deus, a aceitação das situações de sofrimento torna-se mais plausível e fácil de seguir adiante, diminuindo o peso na responsabilidade sobre a doença ou morte (BOUSSO *et al.*, 2011).

A presença de Deus como alguém próximo, de fácil acesso, leva à sensação de bem-estar no relato de pacientes em tratamento de câncer, pois faz com que se sintam únicos e especiais perante esta força. Segundo eles, sem esta presença, é mais difícil enfrentar a doença (CARDOSO, 2013).

De acordo com Frankl e Lapide (2005), a pessoa que possui uma crença apoia a consciência na instância divina. Já a que não possui, obedece apenas sua

própria consciência e a considera como última instância. Para esses autores, a espiritualidade está muito mais presente na pessoa do que ela imagina conscientemente, posto que Deus seria o monólogo mais íntimo do ser humano. Os autores também reconhecem que é muito complexo definir Deus, pois a única forma de se relacionar com ele é por meio do diálogo. Assim, até os ateus necessitam dessa relação, ainda que afirmem estar dialogando com sua própria consciência. Não obstante, a espiritualidade do ser humano contemporâneo encontra-se inconsciente, posto que é reprimida pelo mundo cientificista (FRANKL; LAPIDE, 2005).

Em 1948, Frankl, publicou *Der Unbewusste Gott* (O Deus inconsciente), que lhe permitiu a láurea em Filosofia. Nessa tese, defende que, na pessoa, não existe somente um inconsciente instintivo, como dizia Freud, mas também um inconsciente espiritual. Em 1949, com *Der unbedingte Mensch* (O homem absoluto) criticou sistematicamente o fisiologismo, e, em 1950, com *Homo Patiens* (Homem paciente), estendeu sua crítica ao psicologismo e ao sociologismo. Procurou dar uma interpretação humanística ao sofrimento, diante do qual o doente não deve se tornar somente um ser passivo, mas ter, com a ajuda da equipe de saúde, uma atitude digna e motivada (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2014).

5.3.3 Cuidado espiritual

Conforme Mendes e Vieira (2013), os profissionais da saúde não podem ignorar o aspecto espiritual no cuidado aos pacientes. Atualmente essa necessidade espiritual está muito mais presente e isso faz com que apareçam os mercenários espirituais⁷, que oferecem serviços de forma enganosa a pessoas que já se encontram fragilizadas pela doença.

⁷ Pessoas que se aproveitam da fragilidade de pessoas doentes e prometem a cura através da venda de artefatos ligados a determinadas religiões ou o pagamento por rituais de cura.

Na opinião das pessoas em cuidados paliativos, a espiritualidade dos profissionais é percebida através da fisionomia, pela atenção e amor que expressam em suas ações. É ressaltado que, para eles, essas atitudes auxiliam no tratamento. Em um dos relatos, é feita uma observação de que no hospital é mais difícil haver a abordagem da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde, estando esta prática mais presente na atenção domiciliar.

Foi reconhecido, ainda, que atualmente este cuidado é melhor compreendido pelos médicos e que, em geral, a maioria dos profissionais da saúde compreendem a necessidade do cuidado espiritual.

Também foi chamada a atenção para a importância da participação do profissional, junto ao capelão, na abordagem da espiritualidade, inclusive de orações. Essas ações elevam a confiança do usuário na equipe e lhe trazem segurança. Considerando-se que a espiritualidade é um meio de alívio do sofrimento, se os pacientes conseguem encontrá-la nos profissionais, esses passam a ser veículos também desse alívio, e tudo aquilo que o profissional passa a realizar pelo paciente faz sentido.

Eu vejo a espiritualidade dos profissionais da saúde pela fisionomia deles, quando são atenciosos, amorosos, eu amo os profissionais tanto que eu sinto saudade deles quando eles não vêm me visitar. Nas minhas internações encontrei também alguns profissionais espiritualizados. Eu chamo vocês os anjos de tapapó e eu me agarrei em vocês, eu tenho amor por vocês (CP2).

Os profissionais da saúde cada um é um ser, mas é bom gostar da espiritualidade. Porque ajuda outras pessoas e vai ajudar quem está doente (CP3).

Acho muito importante que os profissionais da saúde reconheçam a importância da espiritualidade do paciente e eu acho que a maioria dos profissionais reconhecem, porque não tem como desviar disto (CP4).

Eu acho que os profissionais da saúde devem levar em conta a espiritualidade do paciente. Especificamente sobre a minha espiritualidade nenhum profissional no hospital falou comigo, mas diziam que eu devia ficar tranquilo e ter fé que ia dar tudo certo. Agora no PIDI eu recebi a visita do capelão e eu gostei, muito bom, me trouxe até algumas leituras, eu adorei, gostei, ali tem muita coisa importante (CP5).

Eu acho importante que os profissionais da saúde considerem a espiritualidade do paciente, eu conheci médicos que não acreditavam. Estes dias eu gostei muito porque veio o capelão aqui e a doutora estava ali, eu gostei porque ele começou a ter um diálogo comigo e ela também entrou no meio, e eu achei muito lindo aquilo, eu senti que o que ele estava passando pra mim estava passando pra ela também, e ela estava interagindo naquilo, aí ele fez uma oração e eu notei que ela também participou e eu achei muito lindo. Isso dá mais uma segurança pra gente, saber que aquele profissional confia em Deus também (CP6).

Eu tenho prestado atenção que os médicos antes não acreditavam, se a gente falasse em fé em ser curado por Deus eles achavam tudo bobagem,

mas agora eu tenho visto que eles também tão acreditando, tenho reparado que agora está diferente e isso é muito importante (CP8).
Acho muito importante que as pessoas que me cuidam também tenham fé. Vejo que muito poucos profissionais da saúde se importam com isso. É uma pena! Porque isto é tão importante (CP9).

Ressalta-se a importância de os profissionais da saúde compreenderem e aceitarem que o outro é um ser permeado de crenças e valores que não podem ser negligenciados durante suas enfermidades, pois se entende que a espiritualidade, religiosidade ou crenças religiosas ajudam a dar significado às experiências de adoecimento e morte; fornecem suporte social, emocional e espiritual, levando conforto, consolo, motivação e esperança, revigorando suas energias e direcionando inclusive o comportamento da própria pessoa e dos seus familiares durante o processo de aceitação da doença e da morte (BOUSSO *et al.*, 2011).

Em estudo com 101 pacientes de um hospital geral, os quais responderam sobre a percepção da abordagem da espiritualidade realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde, a maioria dos pacientes considerou importante sua dimensão espiritual no processo saúde-doença e demonstraram interesse em receber apoio nesse sentido quando necessário. Esse fato foi também demonstrado em outros estudos internacionais e nacionais, concluindo que é papel do profissional de saúde facilitar essa assistência, respeitando os princípios da autonomia e beneficência (OLIVEIRA *et al.*, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI, BADAN-NETO, 2011; LUCCHETTI, GRANERO, BASSI, 2010).

Frankl (2008) afirma que é através da espiritualidade que a pessoa se distingue dos outros animais, pois parte-se do princípio de que só o ser humano pode temer a Deus. Compreende-se, então, que a espiritualidade é uma manifestação exclusivamente humana, e que se constitui também em um caminho ou recurso para a busca do sentido. Isso justifica a necessidade do cuidado espiritual, cuja importância é reforçada pelos participantes que se encontram em cuidados paliativos.

Observa-se que o sentido da vida se reinventa também com a proximidade da morte, sendo a forma que muitas pessoas encontram de se “acertarem” com Deus. O temor de Deus é o que mais as religiões propagam, por isso é difícil senti-lo.

A seguir, apresento as informações, divididas em categorias e subcategorias, provenientes dos relatos dos profissionais que cuidam de pacientes em cuidados paliativos.

5.4 O sentido da espiritualidade para os profissionais que cuidam de pessoas em tratamento paliativo

Nesta categoria, busca-se compreender a influência da espiritualidade no trabalho dos profissionais da equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos.

Desta categoria, surgiram as seguintes subcategorias:

5.4.1 Sentido para a vida;

5.4.2 Sentido ao sofrimento e à morte para os pacientes;

5.4.3 Sentido ao trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos;

5.4.1 Sentido para a vida

Em relação ao sentido da vida, para Frankl (2003), é possível identificar três categorias de valores: valores criadores, valores vivenciais e valores de atitude. Na primeira, a pessoa se realiza mediante um fazer; na segunda, ele se realiza através de uma passiva acolhida (pela música, por exemplo); enquanto que, na terceira categoria, ele somente se realiza quando aceitar algo precisamente tal qual é. E isso significa que a vida humana pode atingir a sua plenitude, não apenas no criar e gozar, como também no sofrimento.

Para os profissionais que atuam em cuidados paliativos, através da espiritualidade, é possível atribuir significado ao cuidado quando as demais possibilidades de tratamento já foram esgotadas. Serve como subsídio para esta vida que teve uma origem e certamente terá um destino, possibilitando ao profissional uma reflexão sobre sua própria vida, questionando seus valores e modificando suas atitudes.

Acho que a espiritualidade dá um significado para vida. Isso é o que eu vejo nos pacientes que eu atendo. Quando nada mais é possível, a espiritualidade é o que dá força, apoio e suporte para eles continuar vivendo (P1).

Subsidia a tua vida do ponto de vista de tu ter uma origem, um destino e isto, enquanto profissional de saúde, eu tenho que respeitar, eu tenho que

ter esta equidade independente desta espiritualidade estar relacionada a alguma religiosidade ou não (P2).

Tudo o que a gente vivencia com os nossos pacientes que estão numa fase bem avançada da doença faz com que a gente valorize outras coisas e nos faça pensar diferente e agir diferente (P3).

Observa-se que o sofrimento do outro necessariamente nos remete a pensar e agir diferente, ou seja, nos possibilita questionar nossa própria espiritualidade, os valores e o sentido atribuídos à vida e à espiritualidade como sendo diferentes da religiosidade.

Frankl (2011), quando levado ao campo de concentração, entrou com a determinação de manter a integridade de sua alma e não permitir que seu espírito fosse abalado pelos algozes do seu corpo. Com firmeza, vivenciou a concepção teórica do sentido da vida como o real valor de sobrevivência frente ao sofrimento inevitável. Questionou-se sobre o sentido de seu próprio sofrimento e de sua própria vida, depois de perder a família, os manuscritos de seu livro e de ter sido acometido de febre tifoide:

Quando a minha própria morte me parecia já inevitável, eu me perguntei de que valeria minha vida. Eu não tinha filhos. Nem mesmo um “filho espiritual”, como o manuscrito. Mas após combater meu desespero por horas, em meio a tremores de febre tifoide, eu me perguntei, afinal, que sentido seria esse que dependia da impressão ou não de um manuscrito meu. Se assim o fosse, eu não daria a mínima para ele. Mas, se de fato há sentido para a vida, esse sentido é incondicional e nem mesmo a morte ou o sofrimento podem retirar sua validade (Frankl, 2011, p. 192-193).

Para Frankl (1993), a espiritualidade proporciona uma sensação de amparo, e como para-efeito promove alívio psico-higiênico. Seja religiosa ou não, toda pessoa busca fundamentalmente um sentido, sendo o vazio existencial o que mais a atormenta. A espiritualidade pode ajudar a encontrar um significado para a vida, que a protege contra o vazio e o desespero (AQUINO *et al.*, 2009).

5.4.2 Sentido ao sofrimento e à morte dos pacientes

Tendo a morte próxima, é comum buscar-lhe um sentido. “Saber morrer sua morte” na logoterapia significa integrar a morte com o pleno sentido no todo da existência, pois até na morte se satisfaz verdadeiramente o sentido da vida. “O ser

humano não é apenas um ser-para-a-morte, mas um ser-ante-a-morte, pois ante ela se decide e toma uma atitude” (XAUSA, 2003, p. 84).

Através da espiritualidade, torna-se possível atribuir sentido ao sofrimento e à morte, uma vez que ela fortalece e serve como suporte para a família e para o paciente que vivencia este momento.

Os profissionais de saúde, no contato com o processo de morrer, associam técnica e afeto, promovendo conforto e aliviando o sofrimento dos pacientes e seus familiares. Buscam, como estratégia de resiliência, o apoio na espiritualidade e nas conversas, com troca de ideias e compartilhamento das angústias com colegas da equipe (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Na visão dos profissionais, a espiritualidade influencia em seu processo de trabalho, pois, além de servir de suporte auxiliando os profissionais a encarar a morte como um evento natural da vida, também proporciona o entendimento com tranquilidade do processo de despedida, tanto para o paciente como para a família. Ainda ressalta-se que a espiritualidade independe da presença de alguma religião.

Quando a gente consegue se aproximar da espiritualidade a gente consegue ver no processo de morte uma possibilidade de crescimento. Eu não acredito que a vida termina com a morte, acredito que aquilo é uma transcendência. Acho que fortalece porque a espiritualidade dá sentido para morte. É uma das dimensões que temos que atender porque tem o sentido de fortalecer a família e a pessoa que enfrenta o processo de morte, contribui como um fator de suporte e proteção (P1).

Eu vejo que às vezes frustra, mas depois vem a reflexão, faz parte. A espiritualidade ajuda a gente a aceitar. Parece efetivamente oferecer um melhor suporte seja na questão da pessoa em si em lidar com isto, a pessoa acaba tendo onde se segurar. Ter algo em que tu possa te agarrar ajuda muito mais do que aquele que não tem (P2).

A espiritualidade traz conforto, traz entendimento de algumas coisas que as pessoas buscam o porquê e auxilia nesta passagem, no sofrimento, de adoecimento, de despedida. Acho que a espiritualidade ajuda tanto o paciente como a família (P3).

A gente tem que ser mais forte e para isso também temos que acreditar no que a gente não vê (P4).

Eu acho que a minha espiritualidade me fortalece, porque a gente consegue encarar o fim da vida de uma maneira mais tranquila, para mim não é o fim da vida na verdade. A espiritualidade nos ajuda a passar um certo conforto para o paciente neste final de vida, na maneira de ele enfrentar, ou seja, no enfrentamento do fim de vida, eu acho que é uma maneira de ajudar o paciente (P5).

A espiritualidade dá uma tranquilidade, independente da religião que a pessoa segue, inclusive pode não ter, nem saber que existem religiões, não há necessidade disto. Ah, mas é muito mais tranquilo. A maioria se calça na espiritualidade, vejo que poucos se revoltam contra a vida, contra a situação (P6).

Observa-se que, na perspectiva oferecida pelos profissionais, através da espiritualidade, os pacientes, seus familiares e eles próprios encontram sentido que atenda à necessidade de encontrar algo para além da doença e que possa em algum momento fortalecer o espírito, tanto para essa quanto para outra dimensão, servindo de apoio para elaborar o entendimento e a aceitação do processo de morte.

A iminência da morte tem um efeito devastador na vida do doente e de sua família, junto a isto surge a necessidade de serem cuidados como pessoas, e não tratados como doenças, serem atendidos na sua integralidade, como um todo, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (SILVA, 2014).

Para Twycross (2001), as pessoas que estão próximas da morte sentem, necessariamente com mais frequência, um aumento ou uma renovação das suas necessidades de afirmação e aceitação, perdão e reconciliação, descoberta de significado e direção. Demonstrando ou não, os doentes em fim de vida necessitam de auxílio espiritual, procurando respostas para o significado do sofrimento, da dor, da vida e da vida depois da morte.

Sabe-se que todo ser humano, uns mais, outros menos, em algum momento de sua existência, terá seu caminho atravessado pelo sofrimento. Então, é preciso resistir ou, mais que isto, ser flexível como a árvore que se dobra pela pressão do vento e depois volta à posição original. Dobrar-se sem romper, aprender com a adversidade, dar a volta por cima, superar os traumas e dificuldades, encontrar alternativas. Crescer, renovar-se, reconstruir-se diante da dor (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Para Frankl (1993), a vida tem sentido como um todo e o sofrimento como parte da vida também o tem. Pode-se encontrar sentido também no enfrentamento de situações de fatalidade, como no caso de doenças que ameaçam a vida. Para o autor, existe um potencial especificamente humano que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, convertendo o sofrimento numa conquista humana. Afirma ainda: “quando já não somos capazes de mudar uma situação, somos desafiados a mudar a nós mesmos” (FRANKL, 2008. p. 137).

5.4.3 Sentido ao trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos

O cuidado do paciente em processo de morte precisa ser valorizado tanto quanto o cuidado na recuperação de um paciente que teve uma parada cardíaca, considerando-se a morte como parte da vida. Proporcionar cuidados dignos, atendendo a todas as necessidades apresentadas pelo paciente e sua família, é uma forma de compensar dos profissionais que prestam os cuidados paliativos, desenvolvendo seu processo de trabalho com vistas a proporcionar uma boa morte com o mínimo de sofrimento e sem dor (KEMPFER; CARRARO, 2014).

A espiritualidade dá sentido ao trabalho dos profissionais de cuidados paliativos, partindo do fortalecimento como pessoa que reflete na atuação profissional. Também foi atribuído à espiritualidade o verdadeiro sentido dos cuidados paliativos, trazendo tranquilidade e entendimento do objetivo desta atenção e levando à ressignificação de ações dos profissionais.

A espiritualidade consegue nos fortalecer e nos mostrar aquela situação com outro ponto de vista, vendo a dor e o sofrimento como algo que transcende e que aproxima as pessoas, possibilita que possamos ressignificar. Acho que a espiritualidade me fortalece como pessoa e então me fortalece como profissional. Enxergo a espiritualidade como uma possibilidade de diminuir a sobrecarga, sem a espiritualidade boa parte do que a gente faz não teria sentido (P1).

Eu percebo que a espiritualidade influencia no meu processo de trabalho como profissional de ser facilitador e harmonizador, me ajuda a compreender o porquê disto (P3).

A espiritualidade é tudo, porque se a gente não acreditar em algo maior que nós e se não direcionarmos o nosso trabalho a este algo maior como que a gente vai trabalhar com cuidados paliativos, vamos ter suporte de quê? Ver os pacientes em tantas situações difíceis e como a gente vai superar isto tudo? A minha espiritualidade me dá tranquilidade, eu não tenho mais medo do sofrimento e da morte (P4).

A espiritualidade me fortalece para que eu consiga confortar o paciente, apoiar, estar do lado dele (P5).

Eu, antes de trabalhar em cuidados paliativos, não tinha ideia que a espiritualidade precisasse caminhar junto com o profissional da saúde. Eu acho que a minha espiritualidade foi reavaliada quando entrei para o PIDI, e foi ficando uma coisa gostosa porque eu consigo falar para o paciente não só por teoria, mas que eu acredito nisso, tanto para ele como para os familiares. Eu tenho que explicar para as pessoas, porque elas questionam dizendo que o nosso trabalho deve ser muito frustrante e eu digo que não é porque a gente consegue ajudar as pessoas a ter um final mais tranquilo, mais digno, porque além da parte clínica é necessário este lado espiritual (P6).

A partir do momento em que se escuta, com interesse genuíno, a pessoa com iminência de morte, partilha-se suas angústias e percebe-se que, assim como ela, somos mortais. Portanto, quem não consegue lidar com suas próprias questões de morte, não será capaz de lidar com a morte do outro e buscará de alguma forma afastá-la de si, fragmentando a pessoa em órgãos ou referindo-se a ela através da sua doença ou de seus sintomas físicos. O trabalho com os pacientes terminais demanda do profissional uma capacidade de lidar com a frustração e com a dor do entrechoque da vida e da morte que ocorre nas dimensões físicas, psíquicas e sociais do usuário.

A expressão de espiritualidade exercida pelos profissionais de saúde junto aos pacientes apresenta respostas satisfatórias no enfrentamento de qualquer doença. É importante saber que os profissionais de saúde têm incluído em seu processo de trabalho ações relativas à espiritualidade, tais como a prece, a fé, a participação religiosa na melhoria da saúde física e mental (VASCONCELOS, 2011).

Kübler-Ross (1996) já expressava em sua obra a importância de os profissionais que trabalham com doentes terminais estarem preparados para dar suporte a estas pessoas em seu processo de morte:

Nossa meta não deveria ser dispor de especialistas para pacientes moribundos, mas treinar pessoal hospitalar para enfrentar serenamente tais dificuldades e procurar soluções. Estou certa de que esse médico não terá tanta perturbação e conflito ao se deparar novamente com uma tragédia como esta. Tentará ser médico e prolongar a vida, mas levará-as consideração também as necessidades do paciente, discutindo-as francamente com ele. O nosso doente, que, antes de tudo, era uma pessoa, sentia-se inabilitado para suportar a vida justamente por estar impossibilitado de fazer uso das faculdades que lhe restavam. Com esforço conjugado, muitas dessas faculdades podem ser despertadas, se não nos assustarmos vendo alguém sofrer desamparado. Talvez eu queira dizer o seguinte: podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana (KÜBLER-ROSS, 1996, p. 33).

Na visão integral da saúde, compreende-se a pessoa em suas diferentes dimensões. Portanto, a inclusão da espiritualidade influencia positivamente o cuidado e conseqüentemente o bem-estar das pessoas, superando a fragmentação do cuidado proposto pelo modelo biomédico (ALVES; JUNGEZ, LOPES, 2010).

Faz-se necessário que a equipe multiprofissional esteja apta para atender, de forma integral e humanizada, as demandas oriundas das pessoas em cuidados paliativos, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme

recomenda a filosofia paliativista, compreendendo o usuário e sua família na sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem muito a fazer (CARDOSO *et al.*, 2013).

A espiritualidade compreende emoções positivas e elos sociais, e o amor é a definição mais simples de espiritualidade. Tanto o amor quanto a espiritualidade são resultados de sentimentos conscientes, como respeito, apreço, aceitação, simpatia, compaixão, envolvimento, ternura e gratidão. A espiritualidade é como um elo de emoções positivas que nos une aos outros seres humanos e à nossa experiência com Deus, como quer que o concebamos. Ela tem uma profunda base psicobiológica, uma realidade enraizada nas emoções pessoais positivas que precisa ser mais bem compreendida (VAILLANT, 2010).

A rotina de trabalho e a experiência conquistada na atenção a pessoas em terminalidade exigem dos profissionais uma reflexão sobre suas práticas e concepções e, assim, ressignificam o cuidado prestado. Com isso, passam a entender a morte como evento natural da vida e a importância da equipe multiprofissional para garantir qualidade de vida e conforto ao paciente e sua família. Este fato está atrelado à construção de vínculos entre os profissionais e as pessoas em cuidados paliativos, de modo que estes compartilham momentos de dificuldade e angústias, o que causa sofrimento aos trabalhadores, mas que, no entanto, proporciona satisfação e realização profissional, promovendo um cuidado humanizado indispensável à atenção paliativa (CARDOSO *et al.*, 2013).

A espiritualidade traz um sentido de harmonia para o trabalho da equipe de cuidados paliativos porque possibilita o bom relacionamento entre os profissionais enriquecendo o cuidado aos pacientes.

Agora que eu tive a possibilidade de me aproximar da espiritualidade, penso que enriquece muito a gente como profissional e enriquece muito no cuidado (P1).

Eu acho que a espiritualidade traz isto, o encontro com a essência da pessoa que tem os seus valores, seus princípios, seus sonhos, desejos, algo que é interno (P3).

A gente precisa deste suporte, todos precisamos da espiritualidade. Às vezes tu tem problema, tem falta de dinheiro, tem problemas na casa, e se pergunta como é que a gente consegue suportar tudo isto porque a gente tem a vida fora também, então só com fé mesmo (P4).

A equipe nos fortalece, o relacionamento é fundamental. Eu sempre tive um bom apoio de todos, a gente sempre teve um bom trabalho em relação ao cuidado integral, incluindo a espiritualidade (P5).

O apoio espiritual, além de beneficiar a pessoa, também beneficiará sua família e a equipe de saúde, as quais convivem com situações de estresse, tanto pessoais quanto decorrentes da morte de seus pacientes. Um atendimento espiritual oportuniza a reflexão sobre as questões existenciais, perdão, vida eterna, qualidade e utilidade de vida (AITKEN, 2006).

Quem atua em cuidados paliativos vivencia o cenário de dores, angústias e questionamentos. Entende-se que, a essa equipe, formada por profissionais das mais diversas especialidades, competem habilidades além da técnica, faz-se necessária a ajuda mútua, um potencializando o outro e todos ajudando os pacientes e seus familiares (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a espiritualidade é uma via de mão dupla, na qual ocorrem trocas solidárias e afetivas entre profissionais e pacientes, possibilitando crer num ser transcendente não necessariamente ligado às religiões. Em outras palavras, significa a conexão do paciente com os processos inconscientes do existir na busca de sentido à vida, além de atuar como harmonizador no processo de trabalho da equipe interdisciplinar (ARRIEIRA *et al.*, 2011).

5.5 Integralidade do cuidado

Nesta categoria, busca-se compreender o sentido atribuído à integralidade do cuidado para os profissionais que atendem pessoas em cuidados paliativos em seus domicílios. Encontra-se dividida nas seguintes subcategorias:

- 5.5.1 Espiritualidade como recurso terapêutico para humanização do cuidado;
- 5.5.2 Continuidade da vida e cura espiritual;
- 5.5.3 Espiritualidade e formação dos profissionais.

5.5.1 Espiritualidade como recurso terapêutico para humanização do cuidado

Foi mencionado pelos profissionais que, por meio da espiritualidade, sempre é possível oferecer conforto, seja por meio da oração feita juntamente com o paciente e sua família, ou até mesmo individualmente, sempre em prol do paciente e sua família, reconhecendo-a então como um importante recurso terapêutico. Foi relatada ainda a relevância do pensamento positivo em situações em que há a necessidade de resolução rápida, assim como o exercício de transcendência, quando se busca auxílio a Deus, que segundo a informação, é sempre recebido.

Considerar a dimensão da espiritualidade na atenção prestada pelos profissionais de saúde é relevante e necessário, uma vez que a vivência da espiritualidade pertence à experiência de vida de cada pessoa, ainda que atualmente estejamos num mundo em que a tendência individualista está muito forte. Ainda assim, entende-se que a espiritualidade possa ser o caminho para o encontro do sentido para a vida nas mais diversas situações, inclusive durante os cuidados paliativos (MENDES; VIEIRA, 2013).

Muitas vezes a gente não tem mais nada a fazer do ponto de vista clínico, depois de ter controlado os sintomas como dor, náusea, vômitos, surgem os sintomas como angústia, medo da morte, ansiedade porque não existe tratamento medicamentoso para controlar estes sintomas. Então muitas vezes a gente reza com a família, reza com o paciente ou às vezes sozinha mesmo a gente pede por aquelas pessoas (P1).

Quando eu tenho um caso muito difícil, um doente muito ruim, eu saio daquela casa com um pensamento positivo para aquele doente, algo tem que acontecer e realmente no outro dia acontece. Eu já tive várias vezes esta experiência. Sabe, independe de mim, me dá uma inquietude assim, sabe, que eu digo “meu Deus este doente precisa de ajuda”, porque a família, às vezes a mãe está chorando, está preocupada e algo tem que acontecer, e acontece mesmo. Eu acredito nisto, eu tenho fé nisto que a gente tem que entregar mesmo e pedir ajuda e acontece as coisas, eu já vi isso várias vezes (P4).

Para Silva e Silva (2014), a espiritualidade está presente em nosso cotidiano, em todos os tempos e momentos da nossa existência. Ainda que considerem que algumas pessoas são mais espiritualizadas que outras, todos têm o componente espiritual como uma presença íntima e singular de cada um, fazendo parte da nossa vida.

Enquanto o trabalhador está realizando o cuidado, também mobiliza os seus sentimentos e o da pessoa que ele está atendendo. A atenção espiritual por parte da equipe que atua com pessoas com câncer vai além das informações técnicas e cuidados com o corpo do indivíduo doente. O profissional precisa cuidar do ser humano na sua integralidade, e isto implica também considerar e cuidar daquilo que não é visível nem palpável.

Na busca da compreensão das relações existentes entre a espiritualidade, a religião e a ciência, entende-se que a ciência deve oferecer à religião contribuição para o estreitamento da relação entre a espiritualidade e a religiosidade, explicando sobre seu próprio universo psíquico e apresentando, ao ser humano e ao mundo, uma alternativa diante da angústia existencial (SILVA; SILVA, 2014).

Incluir a espiritualidade na atenção às pessoas em cuidados paliativos significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, ter sensibilidade ao relacionar-se, interagir, tocar e ser tocado. Além disso, a espiritualidade também é um facilitador nas relações com as pessoas em cuidados paliativos, sua família e entre a equipe.

Frankl via a necessidade de uma concepção de pessoa e de mundo diferente das tradicionais psicoterapias de sua época, para então estruturar-se uma teoria e uma prática que incluísse o ser humano em sua totalidade, em sua pluralidade unificada e significativa, em sua singularidade integralmente humana. Ao longo do desenvolvimento de sua abordagem, empenhou-se pelo reconhecimento da humanidade potencialmente presente na pessoa. Sua luta foi pela humanização das práticas de saúde como um todo e pela ressignificação do conceito de humanismo, acrescentando sua qualidade eminentemente existencial. Para o autor, a totalidade do ser humano só se dá pela inclusão da dimensão espiritual, sendo este o seu verdadeiro legado, seu valor e sua importância dentro da abordagem do sentido da vida (LIMA NETO, 2013).

A relação do cuidado humanizado e a espiritualidade é muito presente, pois a espiritualidade se expressa no amor incondicional e ilimitado por aqueles que nos amam e também pelos que não nos amam. O amor é a força motriz que nem sempre aparece, mas são visíveis seus resultados. Quando se desenvolve a

espiritualidade, aprofunda-se e desenvolve-se a esperança e fé, a compreensão do cosmos e a sua dimensão existencial (MAZZAROLO, 2011).

Para que haja excelência nos cuidados ao final da vida, é indispensável que a equipe de saúde encontre estratégias para o controle de sintomas físicos, mas que, também, valorize a necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes nessa situação. Destaca-se, ainda, a relevância da atenção humanizada e um relacionamento empático entre trabalhadores de saúde com usuários e família, promovendo melhor qualidade de vida a esses. O cuidado paliativo propõe, ao profissional de saúde, o desafio de cuidar com competência científica sem, no entanto, esquecer-se da valorização do ser humano (CARDOSO *et al.*, 2013).

A filosofia e a prática dos cuidados paliativos trouxeram novamente a possibilidade de humanizar o morrer. A morte volta a ser vista como parte integrante da vida; os tratamentos devem estar centrados no alívio de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais visando à qualidade dessa vida, mesmo quando a cura não é possível. O foco dos cuidados paliativos está na possibilidade de oferecer ao paciente a chamada boa morte, na qual se considera o alívio dos sintomas, o conforto, o acompanhamento sistemático por equipe interdisciplinar e a presença contínua de seus familiares, de preferência em sua própria casa.

Esta humanização do cuidado é percebida nos depoimentos dos participantes:

Eu acho que a espiritualidade, tanto pro paciente como para o profissional, ela nos humaniza, nos aproxima um do outro, porque a gente começa a ter noção de que a gente é e que a outra pessoa é e então a gente percebe que a única diferença é que a gente está cuidando e outro está sendo cuidado, mas somos iguais, eu acho que isto nos aproxima, nos faz ter mais amor mesmo pelo que a gente está fazendo (P1).

Vibrar na mesma sintonia te permite que o paciente tenha maior adesividade do tratamento, te permite às vezes aceitar uma linguagem para que as coisas efetivamente tenham um sinergismo. Por vezes falando em terminalidade é importante um sinergismo para que se consiga reduzir a sintomatologia e que tu possa oferecer um pouco mais de conforto (P2).

O doente tem que sentir que tu está fazendo algo por ele, que tu está lutando por ele, que tu está tentando alguma coisa por ele, senão não dá, enquanto ele não acreditar em ti não dá, por isso que dá as desavenças às vezes com a família porque tem que ter entrega, se não tem não adianta (P4).

A gente consegue perceber, conversar e apoiar, só o fato de tocar, estar perto, abraçar um acompanhante, o cuidador e o próprio paciente. Eu acho que se eu não fosse uma pessoa mais espiritualizada eu seria mais fria, mais cética e ficaria mais quieta e talvez não me envolvesse tanto neste processo de fim de vida que é uma coisa chata para o acompanhante, para

o familiar. Às vezes o acompanhante está muito aflito, nervoso, porque não sabe o que vai acontecer (P5).

Observa-se que a pessoa em processo de terminalidade também surge como espelho, e, quando o profissional dá-se conta disso, passa a ser empático. É a manifestação de que a vida do paciente, ou de que a morte como parte da vida, tem sentido para o profissional e não a doença.

O profissional, ao auxiliar o enfermo que esteja com uma doença que ameace sua vida, ou seja, ao atuar na fronteira entre a vida e a morte, deve dispor como ferramentas, além da técnica, a cultura e a arte. Assim, assume uma atitude moral e uma postura ética frente ao sofrimento e à dor de seu semelhante, oferecendo uma atenção humanizada, conforme apontavam os preceitos da tradição hipocrática (MAGALHÃES; NUNES, 2014).

A busca por sentido acompanha a existência humana. Um sintoma comum em tempos atuais é a frustração dessa necessidade. A falta de sentido e o sofrimento humano trazem à tona o vazio existencial que muitos experimentam. Para esse mal, o médico psiquiatra Viktor Frankl, desenvolveu a terapia do sentido da vida, mais conhecida como Logoterapia e Análise Existencial, com a perspectiva do resgate daquilo que é especificamente humano na pessoa. Sua liberdade para além das circunstâncias, sua responsabilidade perante algo ou alguém e a autotranscendência, como a capacidade humana de dirigir-se para além de si e disposto para encontrar sentido em qualquer situação (FRANKL, 1989).

Quando criou a logoterapia, Frankl também teve como objetivo aproximar de forma harmônica a teoria e a prática; visava reumanizar a medicina, sustentando que no relacionamento clínico era preciso estar atento a todas as dimensões da personalidade humana, e que a dimensão espiritual não seria afetada pela doença física, mas serviria de suporte para as demais dimensões da pessoa (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2014; FRANKL, 2008).

5.5.2 Continuidade da vida e cura espiritual

Em seu trabalho com doentes gravemente enfermos e com iminência de morte, Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra, identificou mudanças no modo como esses doentes se sentiam, agiam e pensavam ao longo do processo de elaboração de seu próprio luto. Diante disso, a autora sistematizou e descreveu cinco estágios que foram generalizados para toda e qualquer experiência de perda ou de luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Os estágios não surgem em uma ordem específica e nem obedecem a uma linearidade, podendo haver a coexistência de dois ou mais estágios ao mesmo tempo. A organização é feita por razões didáticas (KÜBLER-ROSS, 2008).

Para Kübler-Ross (2008, p. 121), “não está na natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para uma esperança qualquer”. A autora observou que em todos os estágios, até no de aceitação, a esperança nunca se esvaía. Na verdade, ela deve ser assumida, pois a esperança, a fé num último instante de possibilidades novas, segundo Kübler-Ross, é o que possibilita o tratamento desses pacientes. Devemos ajudar os pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura a morrer em paz, possibilitando-os a viver com qualidade.

No relato dos profissionais, observa-se que, ao acompanhar o sofrimento dos pacientes que se encontram em cuidados paliativos, mudaram conceitos e passaram a acreditar que a vida não termina com a morte e a espiritualidade é o que os apoia, pois a espiritualidade tem também o sentido de conforto. É reconfortante para o profissional pensar que com a dimensão espiritual existe a possibilidade de alívio do sofrimento mesmo que ela seja algo desconhecido.

A gente pensa que com a morte acabou o sofrimento, agora a pessoa está numa situação melhor, e se não tivesse a espiritualidade a gente não teria no que se apoiar, porque aí seria “se morreu, tanto faz”, se passou bem pelo sofrimento ou não, se consegui ressignificar algumas coisas porque tudo terminaria ali (P1).

Como pessoa, como humano, eu particularmente acredito neste processo porque nós temos uma origem e temos um destino e não necessariamente um fim (P2).

Depois da morte eu não sei o que acontece, mas acredito que tem a vida espiritual, porque morreu o corpo, o corpo foi enterrado no cemitério, mas a alma não morreu, a vida não termina ali. Morreu o físico, mas a vida continua (P5).

Com o início do trabalho em cuidados paliativos no PIDI, eu fui me dando conta que a vida não é isso aqui só, que a vida tem muito mais, que isto aqui é um momento que a gente vive e depois temos que ter a esperança de ter algo igual ou melhor, e com isto eu fui entendendo o sentido dos cuidados paliativos (P6).

A fé última no sentido da vida, que permanece até nas situações mais difíceis, este é o estado de esperança verificado por Kübler-Ross. Ele decorre do fato de que a vontade de sentido pressuposta em todo ser humano constata que a vida tem sim um sentido a ser desvelado. Deve-se, contudo, fazer entender que é enfocando a dimensão espiritual da pessoa, bem como sua capacidade de transcendência para a experimentação de valores de atitude, a liberdade de sua vontade responsável por si mesmo e sua liberdade interior, que ela pode vir a encontrar sentido e, portanto, viver uma vida digna, mesmo à sombra de uma doença incurável (FRANKL, 2008). Essa perspectiva psicoterápica entende, baseada em toda a visão de ser humano, que é o paciente quem deve ajudar-se, superar-se e potencializar-se por meio do encontro de sentido. O profissional é um companheiro, um provocador e um parceiro de encontro que possibilita à pessoa, relacionalmente e existencialmente, que ela vivencie seus valores e a si mesma, experienciando seus sentimentos e emoções, visando ao encontro de sentido (NETO, 2012).

5.5.3 Espiritualidade e formação dos profissionais

No Brasil, em termos curriculares, é precária a formação médica e dos demais cursos da área da saúde para lidar com a morte. Os estudantes não são preparados para lidar com estes aspectos, levando à desumanização no atendimento a pacientes em processo de terminalidade da vida. A retirada da morte do ensino na área da saúde dificulta e incapacita o profissional que cuidará de doentes terminais (MAGALHÃES; NUNES, 2014).

O sentido da própria espiritualidade dos profissionais, a compreensão da espiritualidade como facilitadora diante de situações estressantes é fundamental, sendo importante estar integrado na prática dos cuidados. No entanto, os profissionais referem falta de formação para atender a esta dimensão, ainda reconhecem que a utilização de instrumentos de avaliação do bem-estar espiritual e

da espiritualidade pode contribuir para a apreciação mais objetiva das necessidades espirituais (CALDEIRA; CASTELO BRANCO; VIEIRA, 2011).

Na vivência dos profissionais também é citada a falta de formação para a abordagem da espiritualidade, a qual acaba por ser então negada, pois não é identificado quem possa oferecer atenção a esta necessidade, gerando uma lacuna no cuidado. A partir do momento em que passaram a integrar a equipe de cuidados paliativos, não foi mais possível deixar de atender a essa demanda.

A gente não é preparado para isto durante toda a nossa formação e durante toda a vida. Antes de eu trabalhar numa modalidade de atenção que valoriza a espiritualidade, ela era negada, então quando chegava algum paciente que quisesse falar sobre a espiritualidade, transcendência e o próprio processo de morte, envolvendo outros sentimentos que não fossem só o físico e o psicológico, a gente se negava a falar, a gente colocava que não era preparado para isso, isso era com outra pessoa que a gente nem identificava quem era, porque dentro dos hospitais aqui, não existem assistentes espirituais (P1).

Na graduação a gente não vê a espiritualidade. A gente teve disciplinas de religião pela Universidade Católica que é de praxe, mas, sobre espiritualidade e refletir sobre isto, a gente não teve em nenhum momento, em nenhuma disciplina, em nenhum conteúdo (P3).

Observa-se que, também, muitas vezes, não há a busca da espiritualidade pelos profissionais durante toda a vida. Entende-se que a espiritualidade precisa ser também uma construção pessoal.

Atender a dimensão espiritual de uma pessoa que se encontra em cuidados paliativos representa uma compreensão mais profunda de suas crenças e valores, permitindo ao profissional de saúde atender melhor suas demandas de integralidade. A formação na área da saúde deixa muito a desejar devido ao forte enfoque objetivo e, devido a isso, muitos profissionais ainda demonstram dificuldades em abordar questões religiosas e espirituais. Atualmente, cresce a tendência de se incorporar as dimensões espiritual e filosófica na assistência à saúde (BOUSSO *et al.*, 2011).

Nos países desenvolvidos, percebe-se um trabalho maior no sentido de aproximar o tema da espiritualidade da formação em saúde. Os cursos de espiritualidade passaram a ser vinculados na maioria das universidades norte-americanas nos últimos anos. Seguindo esta tendência, também mais da metade das escolas de saúde britânicas já possuem cursos relacionados à espiritualidade. Além disso, diversos centros universitários no mundo têm se interessado e pesquisado sobre o assunto. Foi instituída, na Universidade de Massachusetts, uma

disciplina de medicina e espiritualidade compulsória para os residentes do programa de medicina interna. Por meio de aulas teóricas e práticas, o residente aprende a reconhecer problemas espirituais, a obter a história espiritual, participa de atendimentos com líderes da pastoral local e aprende princípios básicos sobre todas as religiões. A disciplina foi tão bem sucedida que permanece no programa até hoje (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

A atenção integral às necessidades das pessoas, dos familiares e dos cuidadores possibilita o rompimento com o modelo biomédico hegemônico nos serviços de saúde, tendo em vista as concepções teóricas e práticas dos cuidados paliativos na equipe de trabalho para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa. Por essa razão, a busca e o estudo da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral (ARRIEIRA *et al.*, 2011).

Para Frankl (2008), os pacientes demonstram necessidades de ser entendidos na sua totalidade como pessoas e não simplesmente como exemplos isolados de doenças e nessa totalidade está incluída a dimensão espiritual, que, para o autor, é a única que não será afetada pela morte.

6 Recomendações para a inclusão da espiritualidade ao cuidado integral em saúde a partir deste estudo

Considera-se, neste estudo, que a dimensão espiritual serve de suporte para as demais dimensões da pessoa e que, em cuidados paliativos, busca-se manter a qualidade de vida da pessoa até o momento de sua morte, além de oferecer amparo à sua família, inclusive no processo de luto. Também os profissionais que prestam este cuidado, tanto para a pessoa como para sua família, necessitam compreender este processo para melhor atendê-los, uma vez que por meio da espiritualidade encontram sentido e se sentem fortalecidos para o desempenho de seu trabalho.

Para tanto, faz-se necessário que o cuidado espiritual seja contemplado considerando-se o cuidado integral a partir da noção de que a pessoa que recebe esse cuidado é composta pelas dimensões física, emocional, social e espiritual.

Assim, surge o seguinte questionamento: como incluir a espiritualidade no processo de trabalho na saúde?

Como resposta a esse questionamento, sugerem-se cinco meios de inclusão, que são desenvolvidos a seguir.

6.1 Na formação dos profissionais da área da saúde

Incluir a espiritualidade como tema a ser explorado durante a formação dos profissionais da saúde amplia a possibilidade de reflexão a respeito das questões que envolvem o processo de vida e morte. Essa discussão também pode servir como um ponto de encontro para os estudantes da área da saúde, pois se sabe que, na prática, são raros os momentos comuns entre os estudantes dos mais diversos cursos que compõem a área da saúde.

Sugere-se que nesses encontros seja apresentada aos estudantes a concepção de ser humano de Frankl, que já na sua época via a necessidade de

aproximar a teoria da prática, a partir de uma concepção de pessoa em sua totalidade como uma unidade antropológica. Compreende-se que, para o autor, a essência humana surge da dimensão espiritual existencial, sendo então um ser único e integral, e sua integralidade composta pelas dimensões física, emocional, social e espiritual.

Como docente da disciplina de cuidados paliativos há quatro anos, venho proporcionando esses encontros, que se caracterizam por momentos de aproximação entre os estudantes e de reflexão a respeito de suas vidas, além de fornecerem uma consciência de como podem se posicionar frente à atenção às pessoas nas mais variadas situações de suas vidas, inclusive no processo de terminalidade. Sempre parto do entendimento de que é importante mobilizar o potencial humano individual de cada estudante.

Acredito que os estudantes da área da saúde necessitam estudar juntos, trocar ideias, experiências e saberes para que, quando profissionais, possam trabalhar em equipes interdisciplinares de forma integrada e complementar, atendendo às necessidades da pessoa em sua integralidade.

Trata-se de uma necessidade que vem sendo apontada pelos profissionais e estudantes da área da saúde, em pesquisas nacionais e internacionais.

6.2 Na educação permanente em instituições de saúde

Incluir o tema da espiritualidade na educação permanente nas instituições de saúde fortalece as relações entre os profissionais e proporciona a criação de vínculos de afeto entre os participantes, além de instituir um espaço para reflexão sobre os dilemas existenciais, muito comuns nos tempos atuais.

Sabe-se que este investimento tem sido empreendido pelas grandes instituições no mundo como uma prática que leva à busca de valorização humana e ao surgimento de um clima organizacional harmônico e ético em que todos os envolvidos sentem-se comprometidos e contemplados em suas demandas existenciais, potencializando inclusive as relações de trabalho.

O cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde está permeado pela dor, doença, sofrimento, cura, morte e luto. Nem sempre é possível transpor tais situações de forma saudável, de forma que, muitas vezes, os profissionais acabam por tornarem-se pessoas frias e tecnicistas como uma forma de proteção.

Entende-se que a espiritualidade atravessa todas as instâncias do viver humano, uma vez que se celebram os bons, e também os que não são considerados assim tão bons, momentos da existência, os quais também podem ser transformados através do encontro do sentido.

Durante a elaboração deste estudo, fui convidada a compartilhar esta reflexão numa instituição de saúde e de ensino com equipes de saúde que atuavam dentro de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Foram momentos de trocas de afeto e saberes que contribuíram para a harmonia de todos os envolvidos.

6.3 Em grupos de estudo de espiritualidade com equipes que atuam em cuidados paliativos

A atuação de equipe interdisciplinar em cuidados paliativos é fundamental para o sucesso na atenção às pessoas e aos familiares que estão vivenciando o processo de finitude da vida. Faz-se necessária uma discussão em equipe para além das questões técnicas do cuidado, pois, como foi mostrado neste estudo, ela leva os profissionais a refletir sobre sua própria existência. Para tanto, propõe-se que sejam organizados encontros para o estudo da espiritualidade com uma proposta aberta, mas organizada, com o objetivo de servir como suporte a esses profissionais para o enfrentamento das situações de sofrimento demandadas pela sua prática profissional. Na equipe estudada, iniciaram-se os estudos a partir de 2009, e sabe-se foram obtidos bons resultados, pois a equipe trabalha de forma harmônica e demonstra maturidade na resolução de conflitos inerentes ao processo de trabalho em saúde.

Este grupo foi proposto e coordenado pela pesquisadora, contudo, por motivo do desenvolvimento da tese, os encontros estão suspensos desde 2013. Foi unânime, por parte dos participantes, a solicitação de retomada dos estudos

referentes ao tema, os quais deverão ser reiniciados assim que ocorrer a defesa da tese.

6.4 Na anamnese espiritual

Propõe-se que assim como se faz a anamnese física, psíquica e social, também se inclua a anamnese espiritual. Trata-se de um questionário para mapear o perfil espiritual de cada pessoa quando submetida a atendimento pelos profissionais da saúde e, a partir dele, propor o cuidado dessa demanda, conforme a necessidade apresentada, acolhendo sugestões da própria pessoa e de sua família.

Sabe-se que a espiritualidade foi incluída no Diagnóstico de Enfermagem da NANDA por meio de três diagnósticos relacionados entre si: disposição para o bem-estar espiritual aumentado, sofrimento espiritual e risco de sofrimento espiritual. No entanto, na prática é pouco aplicado.

Existem outros instrumentos de anamnese espiritual validados internacionalmente e que estão disponíveis para acesso nos meios científicos; no entanto, observa-se que em nossa realidade não são utilizados. Acredita-se que isso ocorra devido a um efeito cascata: como a espiritualidade é pouco valorizada na formação, o fato se reflete na prática do cuidado pelos profissionais da saúde, ocorrendo sua negação.

6.5 Na pesquisa

Sabe-se que no mundo inteiro tem havido um aumento no interesse sobre o estudo da relação entre espiritualidade e saúde. No Brasil, apesar de o número de estudos nos últimos anos ter aumentado, ainda é incipiente, haja vista que vivemos em um país em que as pessoas atribuem sentido e valor à crença espiritual.

A dimensão da espiritualidade, além de possibilitar um novo conhecimento, poderá propor outra forma de ver o universo dos acontecimentos, em uma

perspectiva muitas vezes reduzida a uma visão tecnicista, na qual uma abertura para a reflexão sobre questões essenciais e existenciais passa a ocorrer.

Apesar do número pequeno de pesquisas nesta área em nosso país, sabe-se que já foram realizados estudos coordenados pelo pesquisador renomado doutor Harold Koenig nos Estados Unidos.

Espera-se que este estudo acrescente na comunidade científica e sirva de estímulo para o desenvolvimento de outras pesquisas que possam explorar o tema.

7 Reflexões e considerações finais

A partir da abordagem fenomenológica existencial com referencial de Viktor Frankl, buscou-se compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção à pessoa e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.

Os protagonistas do estudo foram nove pessoas em cuidados paliativos do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico que vivenciavam esse tipo de cuidado por serem pacientes com câncer em estágio avançado, e seis profissionais da equipe interdisciplinar que estava atendendo essas pessoas e suas famílias no processo de terminalidade.

Em relação aos profissionais, todos se mostraram disponíveis e satisfeitos em participar do estudo. O grupo de profissionais consistiu em uma enfermeira, um cirurgião dentista, uma psicóloga, uma médica clínica, uma nutricionista e uma assistente social, com idades entre 29 e 59 anos. O tempo de atuação mínimo no PIDI Oncológico dos profissionais entrevistados foi de dois anos e meio e o máximo de nove anos.

No grupo composto por pessoas em cuidados paliativos, seis eram do sexo masculino, com idades entre 44 e 72 anos, e três do sexo feminino, com faixa etária entre 36 e 68 anos. Entre esses pacientes, três eram aposentados e os demais em licença saúde.

Em relação à religiosidade dos participantes, entre as pessoas em cuidados paliativos, duas declararam não pertencer a nenhuma religião, um afirmou ser espírita, duas evangélicas e quatro relataram ser católicos. Entre os profissionais, dois relataram ser espíritas e quatro disseram-se católicos.

As informações emergiram da observação de peculiaridades de cada paciente em seu domicílio e também da entrevista dos profissionais que cuidam destas pessoas. Utilizaram-se como instrumentos de pesquisa o diário de campo, que se prestou para anotar todas as informações observadas, e o registro das conversas

informais, além da entrevista fenomenológica, composta por uma questão de aproximação e duas questões norteadoras.

Entende-se que as experiências prévias da pesquisadora com o tema, através da elaboração de dissertação de mestrado, a qual, numa metodologia com referencial vigotskyano, possibilitou a construção de significado de espiritualidade coletivo de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos, serviu como base para o posterior aprofundamento do tema com uma metodologia fenomenológica existencial com referencial frankliano.

Por meio da experiência vivida tanto pelas pessoas em cuidados paliativos como pelos profissionais que as atendem, percebe-se que a espiritualidade se mostra no encontro existencial que ocorre durante esta aproximação entre os dois grupos, pacientes e profissionais.

Para a análise das informações, utilizaram-se os princípios da hermenêutica de Paul Ricoeur, em que a compreensão deu-se através da interpretação da vida, que surgiu na história que a pessoa atribuiu à sua existência no mundo, expressada por meio do diálogo com a pesquisadora. Nesse diálogo, foi exposto o sentido da espiritualidade no processo de terminalidade da existência física, emocional e social das pessoas e em seu acompanhamento pela equipe de profissionais que presta o cuidado integral.

Para as pessoas que estão em cuidados paliativos, a espiritualidade dá um sentido de continuidade quando expressam que a vida não termina com a morte do corpo, inclusive ressaltando que, com o enfraquecimento do biológico, sentem o fortalecimento do espírito e vislumbram a morte como uma passagem para um outro lugar.

Entende-se então que a espiritualidade aflora a partir do desequilíbrio físico, psíquico e social do qual são acometidas as pessoas que estão com uma doença que ameace sua vida, o qual leva ao sofrimento. Este não consegue ser aliviado apenas com o tratamento dos sintomas físicos, sociais e psicológicos. A espiritualidade aparece então como suporte a todas as demais dimensões que compõem o ser humano em sofrimento.

Ainda foi referido que a espiritualidade oferece preparo para o enfrentamento da morte com naturalidade, sendo então importante manter ativa esta relação com uma crença que os remeta à espiritualidade. Ou seja, a partir do cultivo desse valor,

compreende-se que a terminalidade da vida é apenas a morte física de um indivíduo, sendo que existe algo muito além do viver humano.

O entendimento de continuidade da vida por meio da espiritualidade é comum à diversidade de religiões em nosso país: para os cristãos, com a morte, a alma ou o espírito é conduzido para junto a Deus; a doutrina espírita, o budismo, o hinduísmo e o taoísmo veem a possibilidade de reencarnação após à morte, ou seja, do espírito renascer.

No relato dos profissionais, observa-se que, ao acompanhar o sofrimento das pessoas que se encontram em cuidados paliativos, mudaram conceitos e passaram a acreditar que a vida não termina com a morte e a espiritualidade é o que os apoia. Os profissionais reforçam acreditar que a vida não tenha fim, por entenderem que há vida espiritual após a morte.

Por meio da espiritualidade é atribuído sentido ao sofrimento, aliviando-o. Todas as pessoas em cuidados paliativos referiram que junto à doença veio a intensificação da fé e com isso o alívio, o fortalecimento, a melhora, a confiança e a esperança.

A espiritualidade também dá sentido ao trabalho dos profissionais de cuidados paliativos, partindo do fortalecimento como pessoa que se reflete na atuação profissional. Também foi atribuído à espiritualidade o verdadeiro sentido dos cuidados paliativos, trazendo tranquilidade e entendimento do objetivo desta atenção, levando à resignificação de ações desses profissionais.

Entende-se que a singularidade de cada pessoa faz com que o processo de morte também seja uma experiência individual que pode ser vivenciada de maneiras diferentes por cada um, dependendo do contexto social, histórico e cultural em que ele está inserido. Entretanto, a não aceitação desse processo como parte do ciclo da vida tem relação com o medo do desconhecido e com a falta de sentido. Sabe-se que o grande facilitador desse processo é a atuação de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos com um vínculo efetivo e afetivo com a pessoa e a família que está vivenciando o processo de morte.

A presença do diagnóstico de uma doença que ameace a vida, principalmente quando esta é o câncer, inevitavelmente remete a pessoa a pensar na morte e com isso surge uma série de expectativas acerca deste processo. No entanto, percebe-se que, com a evolução da doença e com o acolhimento e manejo dos sintomas

decorrentes desta expectativa, é comum que essas pessoas compreendam a naturalidade da morte.

Esse sentido de naturalidade da morte é referido pelas pessoas que a veem como uma virada de página ou um sono, sensação intensificada com a doença. Percebem que é inevitável e comum a todos os seres vivos, porém vista com tranquilidade como um processo que faz parte da vida. Além disso, a morte ainda pode significar alívio de sofrimento tanto para a pessoa que está em cuidados paliativos como para sua família.

Observa-se que a tranquilidade perante o fim tem relação com a confiança depositada em Deus. O fato de não sentirem medo da morte, inclusive permite que o assunto seja abordado junto a seus familiares, possibilitando um preparo para esse momento, conforme expresso por um participante quando menciona a necessidade de “deixar tudo pronto”.

Na visão dos profissionais, a espiritualidade, além de servir de suporte nesse difícil período da vida, também proporciona o entendimento com tranquilidade do processo de despedida, tanto para a pessoa como para a família, independentemente da presença de alguma religião. Observa-se que, em sua perspectiva, é através da espiritualidade que os pacientes, seus familiares e eles próprios encontram sentido e o apoio necessários para elaborar o entendimento e a aceitação do processo de morte.

É comum que com a proximidade da morte venha a valorização da vida. Observa-se que cada dia de vida passa a ser precioso quando a pessoa tem a morte iminente, todos os momentos passam a ter outra dimensão: alguns se apegam ao fato de que não querem deixar os filhos, outros referem apreciar o simples fato de acordar, a possibilidade de permanecer por mais um dia, de estarem vivos, possibilitando o desenvolvimento de ações do cotidiano.

Ressalta-se então o sentido de valorização para o tempo de vida que resta, demonstração de gratidão por cada dia a mais, esperança de permanecer mais tempo, sempre demonstrando confiança e entrega para Deus. Na vigência da proximidade da morte, o tempo passa a ser compreendido com grande importância no que se refere à existência. É por terem noção da iminência de sua finitude, de sua morte física, que se tem urgência na organização do tempo restante para o fechamento do ciclo vital com o mínimo de pendências possível.

A rotina de trabalho e a experiência conquistada na atenção a pessoas em terminalidade exigem dos profissionais uma reflexão sobre suas práticas e concepções e, assim, ressignificam o cuidado prestado, assim como suas vidas. Com isso, passam a entender a morte como evento natural da vida e a importância da equipe multiprofissional com metodologia interdisciplinar para garantir qualidade de vida e conforto ao paciente e sua família.

A fé e o suporte promovidos pela espiritualidade proporcionam um melhor controle interno frente às situações de terminalidade através do sentido da presença de Deus, o qual é vivenciado pelas pessoas em cuidados paliativos de diferentes formas que são significados através do amor, força, fé, tranquilidade, proteção, possibilidade de vencer e transpor obstáculos.

Observa-se que, na vivência das pessoas que se encontram em situação de iminência de morte, a presença de Deus em suas vidas é muito forte. Além de reconhecer a influência da doença na intensificação dessa presença, muitos pacientes ainda fazem uma analogia à saúde física e espiritual, considerando a necessidade desta complementaridade.

Os profissionais indicam que por meio da espiritualidade sempre é possível oferecer conforto, seja através da oração feita juntamente com o paciente e sua família, ou até mesmo individualmente, sempre em prol do paciente e sua família. Foi relatada ainda a relevância do pensamento positivo em situações em que há a necessidade de resolução rápida, assim como o exercício de transcendência, quando se busca auxílio a Deus, que, segundo a informação dos participantes, é sempre obtido.

Enquanto o trabalhador está realizando o cuidado, mobiliza os seus sentimentos e também os da pessoa que ele está assistindo. A atenção espiritual por parte da equipe que atua com pessoas com câncer vai além das informações técnicas e cuidados com o corpo do indivíduo doente. Ele precisa cuidar do ser humano na sua integralidade, e isso implica também considerar e cuidar daquilo que não é visível e palpável.

Na opinião das pessoas em cuidados paliativos, a espiritualidade dos profissionais é percebida através da fisionomia, pela atenção e amor que expressam em suas ações. É ressaltado que, para eles, essas atitudes auxiliam no tratamento. Os pacientes relatam ainda perceber que no hospital é mais difícil haver a

abordagem da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde, sendo essa prática mais presente na atenção domiciliar.

Foi reconhecido que atualmente este cuidado é melhor compreendido pelos médicos e que, em geral, a maioria dos profissionais da saúde compreendem a necessidade do cuidado espiritual.

Também foi chamada a atenção para a importância da participação do profissional, junto ao capelão, na abordagem da espiritualidade, inclusive de orações. Essas ações elevam a confiança do usuário na equipe e lhe trazem segurança.

A filosofia e a prática dos cuidados paliativos trouxeram novamente a possibilidade de humanizar o morrer. A morte volta a ser vista como parte integrante da vida e os tratamentos são centrados no alívio de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais, visando à qualidade dessa vida, mesmo quando a cura não é possível. O foco dos cuidados paliativos está na possibilidade de oferecer ao paciente a chamada boa morte, na qual se consideram o alívio dos sintomas, o conforto, o acompanhamento sistemático por equipe interdisciplinar e a presença contínua de seus familiares, de preferência em sua própria casa.

Na vivência dos profissionais, também é mencionada a falta de formação para a abordagem da espiritualidade, a qual acaba por ser negada, pois não é identificado quem possa oferecer atenção a essa necessidade, gerando uma lacuna no cuidado. A partir do momento em que passaram a integrar a equipe de cuidados paliativos, não foi mais possível deixar de atender a esta demanda.

Os profissionais ainda reiteram que esta reflexão e ação são extremamente necessárias à atenção integral à pessoa e a sua família durante o processo de fechamento do ciclo da vida.

A atenção integral às necessidades das pessoas em cuidados paliativos, dos familiares e dos cuidadores possibilita o rompimento com o modelo biomédico hegemônico nos serviços de saúde, tendo em vista as concepções teóricas e práticas dos cuidados paliativos na equipe de trabalho para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa. Por essa razão, a busca e o estudo da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral.

A espiritualidade traz um sentido de harmonia para o trabalho da equipe de cuidados paliativos porque possibilita o bom relacionamento entre os profissionais,

enriquecendo o cuidado aos pacientes, uma vez que compreende emoções positivas e elos sociais, e o amor é a definição mais simples de espiritualidade. Tanto o amor quanto a espiritualidade são resultados de sentimentos conscientes, como: afeto, ternura, respeito, perdão, solidariedade, apreço, aceitação, simpatia, compaixão, envolvimento, e gratidão. A espiritualidade é como um elo de emoções positivas que nos une aos outros seres humanos e à nossa experiência com algo supremo.

Entende-se que, para alcançarmos a integralidade da atenção, faz-se necessária a inclusão da espiritualidade em todos os cenários que permeiam o trabalho em saúde, considerando-se a formação, a educação permanente, a atenção e a pesquisa. Compreende-se que as ações dos profissionais da saúde visam à atenção de uma pessoa que é composta pelas dimensões física, emocional, social e espiritual.

Os resultados do presente estudo confirmam a tese de que a espiritualidade proporciona o encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais da equipe que o cuidam, sugerindo-se então que esta seja incluída em todos os cenários da saúde. Tem-se em vista que a morte faz parte da vida e que, em cuidados paliativos, compreende-se que a pessoa tem o direito de ter qualidade de vida até o último momento de sua existência e, ainda, que sua família necessita ser acolhida e acompanhada no processo de luto.

Referências

ABU-SAAD, H.H.; COURTENS, A. - Developments in Palliative Care. In: ABUD-SAAD, H.H. - **Evidence-based palliative care: across the life span**. Oxford: Blackwel Science, 2001. Chapter 2, p.5-13, Cap. 3.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Ampliado e Atualizado. Rio de Janeiro, 2ª Ed.: Diagraphic. 2012 .

AITKEN, E. V. P. **Entre a vida e a morte**. In: Figueiredo, M. T. A. (Org.). **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo 2006, p.21-23.
Disponível em:
<<http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cuidadospaliativosetanatologia>>. Acesso em: 12 out. 2012.

ALES BELLO, A. Família e Intersubjetividade. In: Carvalho, A. M. A, Moreira, L. V. C. **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo. Paulinas, 2007.

ALMEIDA, I.S, CRIVARO, E.T, SALIMENA, A. M. O, SOUZA, I. E. O. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(3):695-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm>.

ALVES, J.S, JUNGES, J.R, LÓPEZ, L.C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. 34(4):430-436, 2010.

ALVES, M. L. S. D; JARDIM, M. H.A; FREITAS, O. M. S. Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. **Rev. Enf. Ref., Coimbra** , 2012 v. serIII,n. 8,dez.
Disponível em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2015.

AQUINO, T. A. A, CORREIA, A. P. M., MARQUES, A. L. C., SOUZA, C. G., ASSIS FREITAS, H.C., ARAÚJO, I. F., DIAS, P. S., ARAÚJO, W. F. Atitude religiosa e

sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. P. 228-243, 2009.

AQUINO, T. A. A. **Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl**. São Paulo: Paulus, 2013.

AQUINO, T. A. A. AGUIAR, A. A. VASCONCELOS, S. X. P. SANTOS, S. L. Falando de Morte e da Finitude no Ambiente Escolar: Um Estudo à Luz do Sentido da Vida. *Psicologia, Ciência e Profissão*.34 (2), 302-317, 2014.

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil** [on-line] São Paulo. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/home.php>> Acesso em: 20 fev. 2014.

ANJOS, L.S; LEMOS, D. M. ANTUNES, L.A; ANDRADE, J.M.O. NASCIMENTO, W.D.M; CALDEIRA, A.P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev. bras. enferm.* Brasília July/Aug.vol.65 no.4, 2012.

ARAÚJO, P. V. R. VIEIRA, M. J. A questão da morte e do morrer. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. 57(3), 361-363, 2004.

ARAÚJO, C. O. Fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Prática Hospitalar**, São Paulo. n. 38, mar/abr, 2005.

ARRIEIRA, I. C .O. **A Espiritualidade no Processo de Trabalho de uma Equipe Interdisciplinar que atua em Cuidados Paliativos**. 152f. Dissertação (Mestrado) – Pelotas, 2009. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPEL.

ARRIEIRA, I. C. O. THOFEHRN, M. B. PORTO, A. R. PALMA, J. Espiritualidade na Equipe Interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Cienc Cuid Saude**. Abr/Jun; 10(2):314-321, 2011.

AYOU, A.C; FONTES, A. L.C; SILVA, M. A. A; ALVES, N.R.C; GIGLIOTTE P., SILVA, Y. B. - **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo, 2000.

BARBOSA, M. M, OKAY, M. T. V. **Medicina Paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer**. P.61-8; Dor, 2001.

BATISTA, H. Hermenêutica filosófica e o debate Gadamer-Habermas. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**. v.2, n.1 jan./jun. 2012. ISSN: 2237-0579

BOFF, L. **Espiritualidade, dimensão esquecida e necessária**. 2012 in. Disponível em: <<http://www.interacaovirtual.com/espirtualidade/boff.doc>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

BELLATO, R.; CARVALHO, E.C. - O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005. v. 13, n.1, p.99-104.

BETTEGA, R.T.C. et al. - Desarrollo de la medicina paliativa en Latinoamérica. In: SANCHO, M.G. et al. - **Medicina Paliativa en la cultura latina**. Espanha: ARÁN, 1999. Cap. 20, p.317-356.

BICUDO, M.A.V. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo, 2011. Cortez,

BOCK, A.M.B. FURTADO, O. TEIXEIRA, A.L.T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 1999-2001. Editora Saraiva. 13ª Ed. Ampliada e reformulada.

BOULAY, S. - **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders**. 4 ed. Norfolk: RMEP, 1996. 30p.

BOUSSO, R.S, SERAFIM, T.S, MISKO, M.D. The relationship between religion, illness and death in life histories of family members of children with life-threatening diseases. **Rev Latino-Am Enferm** 2010;18:156-62.

BOUSSO, R.S. POLES, K. SERAFIM, T.S. MIRANDA, M.G. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev Esc Enferm USP** 2011. 45(2):397-403.

BOUSSO, R.S. POLES, K. SERAFIM, T.S, MIRANDA, M.G. Religious beliefs, illness and death: family's perspectives in illness experience. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2011[cited 2012 May 5];45(2):391-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a13.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde: - **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** – 2.ed..- Brasília, 2007. Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Doenças crônicas**. Disponível em: <<http://www.bvms.saude.gov.br>> Acesso em: 14 mar. 2008.

BROMBERG, M.H.P. **A psicoterapia em situação de perdas e luto**. Campinas (SP). Bromberg Livro Pleno, 2000.

CALDEIRA, S. CASTELO BRANCO, Z. VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra. v. ser III, n. 5, dez, 2011.

CARDOSO, D. H. MUNIZ, R. M. SCHWARTZ, E. ARRIEIRA. I. C. O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; 22(4): 1134-41, 2013.

CARDOSO, A. H. A. **Espiritualidade e câncer em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico**. 33f. Trabalho monográfico. Univ. Fed. Paraíba, 2013. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/5222>> Acesso em: 04 fev. 2015.

CAPONERO, R. Muito além da cura de uma doença, profissionais lutam para humanizar o sofrimento humano. **Prática Hospitalar**, São Paulo. n.21, p. 29-34, mai-jun, 2002.

COMBINATO, D. S. QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. In: **Estudos de Psicologia**. 11(2), 209-216, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/2012** aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-RS). **Legislação**. Porto Alegre, 2007.

CORTEZ, E.A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado** – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009. ixx. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

COSTA, J. C.; LIMA, R.A.G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino-am Enfermagem**, 13(2):151-7. março-abril , 2005.

COWAN, B. - **Pioneers of hospice: changing the face of dying**. Disponível em: <<http://www.pioneersofhospice.org/bios.html>>. Acesso em: 09 ago. 2007.

DOMINGUES, G. R. et al . A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , 2013 v. 11,n. 1,jan.. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2015.

ESPINDULA, J.A. DO VALLE, E.R.M. ALES BELLO, A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov-dez 2010;18(6):[08 telas].

FABRI, M. Análise Fenomenológica do Conhecimento: Essência e Atualidade de um Modelo. **Thaumazein**, Ano V, Número 10, Santa Maria, Dezembro de 2012, pp. 05-19.

FERNANDES, M .A. CAMPOS, R.F. Temor e Tremor a natureza da fé no pensamento de Kierkegaard para a atualidade. COGNITIO-ESTUDOS: **Revista Eletrônica de Filosofia**, ISSN 1809-8428, São Paulo: CEP/PUC-SP, vol. 10, nº. 1, janeiro-junho, 2013, p. 012-022.

FERREL, B.R.; COYLE, N. - An overview of palliative nursing care. **AJN**,v.102, n.5, p.26-32, 2002.

FLECK, M.P.A. CHACHAMOVICHA, E. TRENTINIB, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. **Rev Saúde Pública**; 37(6):793-9, 2003.

FLORIANI, C. A. SCHRAMM, F. R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Jul vol.17, suppl.1, p.165-180, 2010.

FONTOURA, E.G. **Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer**. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

FRANKL, V. E. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia**/ Viktor E. Frankl; tradução de Ivo Studart Pereira.- Ed. Ampl., São Paulo: Paulus, 2011.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. Tradução Walter Schlupp; H. Reinhold. 5. ed. São Paulo: Quadrante, 2010.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Tradução Walter Schlupp; Carlos Aveline. 28. ed. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal, 2009. 186 p.

FRANKL.V.E. **A presença ignorada de Deus**/ Viktor E. Frankl. Traduzido por Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 10. Ed. Ver. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2007.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Vozes, 2006.

FRANKL, V. E., LAPIDE, P. **Búsqueda de Dios y sentido de la vida. Diálogo entre un teólogo y un psicólogo**. Barcelona: Editorial Herder, 2005.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante, 2003.

FRANKL, V. E. **Fundamentos ey aplicaciones de la logoterapia**. Buenos Aires: San Pablo, 2000.

FRANKL,V. E. **El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y La consciencia espiritual do ser humano**. Barcelona, Espanha: Paidós, 1999.

FRANKL, V. E. **Logoterapia Y análisis existencial**. Barcelona: Herder, 1994.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração**. (H. H Reinhold, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. Petrópolis: Vozes. 1993.

FRANKL, V. E. **La voluntad de sentido**. Barcelona: Herder, 1991.

FRANKL, V. E. **Logoterapia y análisis existencial**. Barcelona: Herder, 1990.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrantes, 1989.

FRANKL, V. E. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. Aparecida, São Paulo: Ed. Santuário, 1989.

FRANKL, V. E. **Psychotherapy and Existentialism: selected papers on logotherapy**, Washington Square Press, New Yorque, 1967.

FRATEZI, F. R. GUTIERREZ, B. A.O . Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**.16(7):3241-3248, 2011.

GADAMER, H. G. **Hermenêutica em retrospectiva**. Tradução de Marcos Antônio Casanova. São Paulo: Vozes, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONZÁLEZ, A. D. ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**,.15(3):757-762, 2010.

GRANT, L. MURRAY, A. S. SHEIKH, A. Spiritual dimensions of dying in pluralist societies. **BMJ**.16: 341:c 4859, 2010.

GRONDIN, J. **Hermenêutica**. Tradução de Marcos Marcionilo. São Paulo: Parábola, 2012.

GUAY, M. O. D. PARSONS, H. A. HUI, D. DE LA CRUZ, M. G. D., THORNEY, S. BRUERA, E., Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer. **AM J HOSP PALLIAT CUIDADO**, vol.30, 5pp.455-461, agosto 2013.

GUERRERO, G.P, ZAGO, M. M. F, SAWADA, N. O, PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm**; 64(1): 53-9, 2011.

HEIDEGGER, M. - **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes; v.2, 2002.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18,n. 9, 2013.

HOSPICE AND PALLIATIVE NURSES ASSOCIATION. Spiritual Care. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**.; 9 (1): 15-16, 2007.

HUF, D. D. A **Assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 259 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

INCA. **Dados Populacionais de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

KEALL, R. M. BUTOW, P. N. STEINHAUSER, K. E; CLAYTON, J. M. Nurse-facilitated preparation and life completion interventions are acceptable and feasible in the Australian palliative care setting: results from a phase 2 trial. **Cancer Nurs**; 36(3):E39-46, May-Jun, 2013.

KEMPFER, S.S; CARRARO, T. S. Temporalidade: o existir e a perspectiva da finitude para o ser-acadêmico-de-enfermagem ao experienciar a morte. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; 23(3): 728-34. , Jul-Set , 2014.

KIERKGAARD, S. “Journal Extrajts”, Jornal de Kierkegaard . Trad. De Knud Ferlou e Jean Batean. 5ª Ed. Paris: **Gallinard**, 1942-1961.

KOENIG, H. G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**/ Harold G. Koenig; tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre, RS:L e PM, 2012. 248p.

KOENIG, H.G. Suicide in the elderly: Case Discussion. **South Med.** 2006; 99(10):1188.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Revista Psicologia, USP**, São Paulo. v. 14, n. 2, p. 22, 2002.

KOVÁCS, M. J. (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre A Morte e o Morrer**, São Paulo (Sp): Martim Fontes, 2008.

KUBLER-ROSS, E. - **Sobre a morte e o morrer**. 8ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2000.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996. p. 276.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti,(UNESC 001.42 L587m prod. Docente), 2002. 294 p.

LEOPARDI, M. T. Critérios de confiabilidade e validez. In: LEOPARDI, M. L. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001b, p. 25-256.

LIMA NETO, V. B. A espiritualidade em logoterapia e análise existencial: o espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial. **Rev. abordagem gestalt.[online].**, vol.19, n.2, pp. 220-229, 2013.

LUCCHETTI, G. LUCCHETTI, A. G, BADAN-NETO ,A. M. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **J Rehabil Med**;43(4):316-22, 2011.

LUCCHETTI, G. GRANERO, A. L, BASSI, R. M, et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Soc Bras Clín Méd.**;8(2):154-8, 2010.

MACIEL, M. G. S. et al. - **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2007. 62p.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios**. In: **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

MAGALHÃES, J. L. NUNES, R. Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida. **Rev. bioét.** (Impr.); 22 (3): 448-55, 2014.

MAHMOODISHAN, G. ALHANI, F. AHMADI, F. KAZEMNEJAD, A. Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. **J Med Ethics Hist Med**. Nov 20;3:6. Print, 2010.

MARTINS, J. BICUDO, M. A. V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. 2.ed. São Paulo. Centauro, 2006.

MAZZAROLO, I. Religião ou espiritualidade. **Revista Brasileira de História das religiões**. Maringá- PR: v.III, n.9, jan, 2011.

MENDES, J. M. G; VIEIRA, M. M. S. Dimensão espiritual do ser humano. **Enfermagem Contemporânea.Coleção E-books Oficinas Temáticas**. Ed. Univ. Évora. N1, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINAYO, M .C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORENO LOPEZ, S. La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 20,n. 1,jun. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2014.

NANDA. **Diagnóstico de enfermagem da Nanda: definições e classificações** 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 312-9.

NASCIMENTO, L.C. OLIVEIRA, F.C.S. MORENO, M.F. SILVA, F.M. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul Enferm** .2010;23:437-40.

NETO,V.B.L.Tanatologia e logoterapia: um diálogo ontológico.**Revista logos e existência:** 1 (1) 38-49, 2012.

NETO, I.G. AITKEN, H.H. PALDRON, T. **A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência.** Cascais: Pergaminho, 2004.

OLIVEIRA, V. SILVEIRA, H.H.R. Uma Espiritualidade Comunitária: Caminho para o sentido da vida. **Ver. Logos e Existência.** 3 (2), 170-190, 2014 .

OLIVEIRA, G.R. NETO, J.F. SALVI, M.C. CAMARGO, S.M. EVANGELISTA, J.L. ESPINHA, DCM. LUCCHETTI, G. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 abr-jun;11(2):140-4.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R.: Coping (enfrentamento) religioso/espiritual.**Rev. psiquiatr. clín.** v.34 supl.1 São Paulo 2007.

PAULA, E.S, NASCIMENTO, L.C, ROCHA, S.M.M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Rev Bras Enferm**; 62:100-62, 2009.

PEDRÃO, R.B. BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein [periódico na internet]**. 2010 [acesso em 2010 Mar 1];(8):86-91. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf>.

PENHA, R.M. SILVA, M.J.P. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun;

PEREIRA, I.S. A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. **Psicologia USP**, 18(1), 125-136, 2007.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospital. **Rev. Bioética**. vol. 10 – n.2. 2002.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2.ed. São Paulo (SP): Annablume; 2008.

POLIT, D. F. BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REALE, G. ANTISERI, D. **História da filosofia: de Nietzsche à Escola de Frankfurt**. Paulus, 2008.

REZENDE, E.G.. LODOVICI, F. M. M. CONCONE, M. H. V. B.. A infinitude na religião: quando uma vida só não basta. **Revista Temática Kairós Gerontologia**,15(4), “Finitude/Morte & Velhice”, pp.47-65, 2012.

REYNOLDS, J. **Existencialismo**; tradução de Caesar Souza. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

RICOUER, P. **Interpretação e ideologias**. 4 ed. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1990.

RICOUER, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Imago. Rio de Janeiro, 1978.

RODRIGUES GOMES, A. M. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. **Enfermeria Global**,N.22, 2011.

RODRIGUES, R. **Fundamentos da logoterapia**: na clínica psiquiátrica e psicoterapêutica. Petrópolis: Vozes, 1991.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos. Análise de Conceito** [dissertação]. Ribeirão Preto: USP, 2004.

ROCKEMBACH, J. V. CASARIN; S. T. SIQUEIRA, H. C. H. Morte Pediátrica no Cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 63-71, abr./jun. 2010.

ROSS, L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. **J Clin Nurs**; 15 (7):852-62, Dez 2006.

SAAD, M. MASIERO, D. BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**; 8(3): 107-12, 2001.

SÁ, A. C de. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **Mundo saúde**. 33(2): 205-217, 2009.

SÁ, A. C, PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde de São Paulo**. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2010 Jan 15];(2):225-37. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

SANCHO, M. G. Morir com Dignidad. **Prática Hospitalar** (Cuidados paliativos) 9 (Mai-Jun): 55-62, 2000.

SANTOS, R. A. MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(12):4869-4878, 2014.

SAUNDERS, C. **Caring to the end, nursing mirror**. 1996.

SCHAEFER, O. M. **Antropologia filosófica e educação: perspectivas a partir de Max Scheler**. Pelotas. Educat, 1995.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**; tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ, Vozes, 2012.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In:DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa:teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

SCHELER, M. **A posição do homem no cosmos**. Traduzido por Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

SILVA, E. D. Hermenêutica-fenomenológica como metodologia em linguística aplicada. **Revista InterteXto** / ISSN: 1981-0601 v. 7, n. 1. 2014.

SILVA, C .M. D. **Construção de uma boa morte numa estrutura residencial**. Dissertação de mestrado. Jun. 2014. 251p. Disponível em: <<http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1238>>, Acesso em: 23 jan. 2015.

SILVA, J. B. SILVA, L. B. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e análise existencial**. 3 (2), 203-215, 2014.

SILVA, R. R. Espiritualidade e religião no trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional. **Psicol. cienc. prof.**, vol.28, no.4, p.768-779, 2008.

SILVA, V. C. E. - **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

SILVEIRA, D. R. MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia**. Campinas. 25(4) 567-576, 2008.

SIMÕES, R. S. Espiritualidade em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. In: SILVA, R. S. AMARAL, J.B. MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos cuidando para uma boa morte**. São Paulo, SP: Martinari,. Cap. 17, 2013. p. 289 -303.

SOUZA, L. G. A. BOEMER, M. R. - O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina Ribeirão Preto**, 38(1), 49-54, 2005.

TEIXEIRA, F. Religião e busca de significado. In: Vasconcelos, EM. **A espiritualidade no trabalho em saúde**, 2ª edição. Hucitec: São Paulo, 2011.

TENO, J.M. CONNOR, S. R. "Referring a patient and family to high-quality palliative care at the close of life": **JAMA**. 301(6): 651, 2009.

TERRA, M.G et al . Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15,n. 4,dez. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2013.

TERRA, M. G. GONÇALVES, L. H. T. SANTOS, E. K. A. ERDMANN, A. L. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22,n. 1, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2015.

THOMAS, L.V. **Les chairs de la mort**. Paris (FR): Sanofi-Sinthélabo, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. 1ª Ed. 20ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009 Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

TWYCROSS, R. Cuidados Paliativos. Lisboa : **Climpsi**. 001-4, 2001.

VAILLANT, G. E. **Fé: evidencias científicas** (tradução: Isabel Alves). Baruerí, SP: Manole, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde**, 2ª edição. Hucitec: São Paulo, 2011.

VIVAT, B. Measures of spiritual issues for palliative care patients a literature review. **Palliative Medicine**, v.22,n.7, p. 859-868, 2008.

XAUSA, I. A. M. **O sentido dos sonhos na psicoterapia em Viktor Frankl**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

WHO. **National câncer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd. Edition, Geneve: OMS, 2002.

WHO. **Cancer control: knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes.** Geneva: WHO, 2007.

WHO. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**;46:1569-85, 2002.

WRIGHT, M.; WOOD, J.; LYNCH, T. CLARK, D. **Mapping level of palliative care development: a global view.** 2006. Disponível em: <http://www.nho.org/files/public/palliativecare/world_map_report_final-0107.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2007.

Apêndices

APÊNDICE A – Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS****Faculdade de Enfermagem****Programa de Pós-Graduação em Enfermagem****Consentimento Livre e Esclarecido**

Pesquisa: Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Pesquisadora: Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Tel.: (53) 8135-1920 E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maira Buss Thofehn

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo geral de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção a pessoa e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, a partir do referencial de Viktor Frankl. Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. A proposta envolve realização de entrevistas e observação dos participantes, não incluindo nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. O projeto não apresenta riscos físicos aos sujeitos do estudo, mas pode acarretar desconforto no momento da coleta de dados. A pesquisa apresenta como benefícios aos participantes a busca da compreensão do sentido de espiritualidade para usuários e profissionais, com vistas a atender usuários em sua integralidade como pessoas e proporcionar um ambiente integrador aos profissionais.

Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- do uso de gravador;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado;
- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;
- da publicação do trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual”. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Roteiro da entrevista para as pessoas em cuidados paliativos

Pesquisa: Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Data da entrevista:

Número da entrevista: _____ Horário início: _____ Horário término: _____

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade: _____ Sexo: (M) (F)

Questão de aproximação:

1) Qual o sentido que tem para você a espiritualidade ou a sua fé neste momento da sua vida?

Questões norteadoras:

1) Fale-me sobre essa experiência?

2) Você considera importante que os profissionais que estão lhe atendendo neste período conversem sobre a espiritualidade?

Roteiro da entrevista para os profissionais

Data da entrevista:

Número da entrevista: _____ Horário início: _____ Horário término: _____

1- IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade: _____ Sexo: (M) (F)

Tempo que trabalha no PID: _____

Profissão: _____

Questão de aproximação:

Qual o sentido que tem para você a espiritualidade como profissional que atende pacientes em cuidados paliativos?

Questões norteadoras:

- 1) Fale-me sobre sua experiência no convívio com estes pacientes.
- 2) Como você vê a influência da sua espiritualidade durante o seu processo de trabalho?

APÊNDICE C – Registro de Campo
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Registro de Campo

Pesquisa: Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Local:

Data:

Informações do Campo:

Percepções da Pesquisadora:

APÊNDICE D – Artigo de revisão integrativa na íntegra

Publicado em:

Journal of Nursing and Socioenvironmental Health

2014, 1(1):87-93 - <http://www.jonse.com.br>

Received: 20 June, 2014 - Accepted: 5 July, 2014

DOI: 10.15696/2358-9884/jonse.v1n1p87-93

Espiritualidade e equipe interdisciplinar no processo de terminalidade: revisão integrativa da literatura

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Maira Buss Thofehr

RESUMO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que teve como objetivos conhecer a relação entre espiritualidade e o trabalho interdisciplinar durante o processo de terminalidade e evidenciar e discutir as contribuições da espiritualidade no trabalho em equipe multidisciplinar no cuidado de usuários em processo de terminalidade. O levantamento bibliográfico nos bancos de dados da Revista Latino-Americana de Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online, Literatura Internacional em Ciências da Saúde. Utilizou-se os descritores “equipe multiprofissional”, “espiritualidade” e “terminalidade”. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais a partir do ano de 2008, escritos em português, inglês ou espanhol. Foram selecionados quinze artigos para a amostra, sendo doze em português e três em inglês. Após análise dos dados surgiram duas categorias de discussão sendo estas: a espiritualidade na perspectiva dos profissionais que atuam no cuidado paliativo e a espiritualidade como desafio para a equipe interdisciplinar. Diante dos estudos apresentados, entende-se que a espiritualidade é uma ferramenta indispensável para o conforto do paciente terminal e de sua família, no entanto, observa-se uma lacuna quando relaciona-se espiritualidade e equipe multiprofissional na terminalidade da vida. Seria de grande valia o aprofundamento em estudos científicos que correlacionem de forma concisa os assuntos abordados nessa revisão integrativa.

Palavras-chaves: Equipe multiprofissional. Espiritualidade. Terminalidade

ABSTRACT

This study is in integrative review aims to identify the relationship between spirituality and interdisciplinary work during a terminal and highlight and discuss the contributions of spirituality in multidisciplinary teamwork in the care of users in a terminal process. The bibliographic databases in the Latin American Journal of Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, International Literature on Health Sciences - used the descriptors "multidisciplinary team", "spirituality "and" terminally ill". The criteria for sample selection were: articles published in national and international journals from 2008, written in Portuguese, English or Spanish. Fifteen articles were selected for the sample; twelve in Portuguese and three in English. Spirituality from the perspective of professionals working in palliative care and spirituality as a challenge for the interdisciplinary team: After analyzing the data from two categories and these discussions emerged. Considering the studies presented, it is understood that spirituality is an indispensable tool for the comfort of terminally ill patients and their families, however, there is a gap when it relates to spirituality and the multidisciplinary team of end of life. It would be of great value in deepening scientific studies correlating concisely the matters discussed in this integrative review.

Keywords: Multi-professional team. Spirituality. Terminality.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo de atenção difundido nos cursos de formação da área da saúde ainda está muito voltado para a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e cura das doenças, oferecendo menos espaço para os aspectos emocionais, culturais e espirituais demandados pelo usuário e sua família, estes, importantes para o bem-estar de todos os indivíduos, considerando que o ser humano é constituído por quatro quadrantes sendo estes físico, emocional, social e espiritual^(1,2).

Cabe ressaltar que esse modelo é ineficaz frente a uma situação que torna-se cada vez mais comum no cotidiano dos profissionais da saúde, isto é, a impossibilidade de cura de um usuário após o tratamento adequado.

Quando se fala em cuidados paliativos, percebe-se que existe a necessidade de um trabalho que envolva uma equipe multiprofissional que tenha ação interdisciplinar, preparada para fornecer um atendimento integral, adicionando ao cuidado biológico, emocional e social o cuidado espiritual, acrescentando qualidade de vida e minimizando a dor e o sofrimento⁽³⁾.

Ainda os cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a usuários com doença progressiva e irreversível e seus familiares. Nesse contexto, a equipe multiprofissional exerce o papel de fornecer conforto físico, psicológico, social e espiritual aos familiares e, principalmente, ao paciente, suprimindo suas necessidades até o fim de sua vida⁽⁴⁾.

Os profissionais que trabalham com pacientes em terminalidade, necessitam de saber técnico, habilidades interpessoais e emocionais, identificando sintomas de dor e sofrimento. Nenhuma especialidade na área da saúde consegue, isoladamente, proporcionar um cuidado efetivo, pois o processo de morrer é complexo e exige visão ampla de múltiplas faces do indivíduo e de sua família⁽⁵⁾.

Portanto faz-se necessário que o profissional tenha em mente que o usuário em fase terminal desprende-se de forma progressiva de bens materiais, seus projetos e da sua própria imagem, sintetizando uma nova dimensão de sua existência, procurando o verdadeiro sentido da vida, respostas que ultrapassem o estado físico do ser humano e minimizem o caos gerado pela doença, propiciando uma reorganização interior e a oportunidade de repensar conceitos e prioridades da vida⁽⁶⁾.

É comum a equipe de saúde testemunhar o fracasso na terapêutica aplicada e sentir-se impotente, justamente pelo enfoque do cuidado estar voltado para a cura, mesmo que o ideal de cuidados paliativos seja organizado de forma sistemática, dando suporte completo, inclusive, à família do usuário. É de fundamental importância que todos os profissionais da saúde que trabalham com usuários em

situação de terminalidade saibam identificar e intervir de forma concisa nas necessidades espirituais, proporcionando uma assistência humanizada, que priorize a dignidade humana e facilite o processo de morrer⁽²⁾.

Essas considerações justificam o nosso interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a Espiritualidade e a Equipe Interdisciplinar no processo de Terminalidade na literatura mundial, visando a interpretação e a possível formação de novos conceitos de trabalhos desenvolvidos na área, remetendo para o cotidiano as experiências vivenciadas e as idéias que facilitem a prática dos profissionais e maximize o atendimento prestado a todos os indivíduos envolvidos no processo de morte do usuário.

Sendo assim, estipulamos como questão norteadora desta pesquisa: Qual a relação entre espiritualidade e o trabalho em equipe interdisciplinar durante o processo de terminalidade?

Para responder a esta questão, temos como objetivo geral:

- Conhecer a relação entre espiritualidade e o trabalho interdisciplinar durante o processo de terminalidade.

Objetivo específico:

- Evidenciar e discutir as contribuições da espiritualidade no trabalho em equipe multidisciplinar no cuidado de usuários em processo de terminalidade.

2. METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo geral, optamos pelo método da revisão integrativa, uma vez que esse método possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter inferências a partir de um tema de interesse. Uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários.

Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos. Para este estudo, utilizamos as etapas de seleção do

tema e da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos avaliados, extração de conteúdos das publicações de pesquisas, análise dos dados e avaliação, interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁽⁷⁾.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, no banco de dados LILACS (Revista Latino-Americana de Ciências da Saúde), no banco de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), no banco de dados MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

Para o levantamento das publicações, utilizamos os descritores “equipe multiprofissional”, “espiritualidade” e “terminalidade”, estes, extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), utilizando a opção AND para a pesquisa. O agrupamento foi realizado na seguinte sequência: equipe multiprofissional AND espiritualidade; terminalidade e espiritualidade; equipe multiprofissional AND terminalidade e equipe multiprofissional AND terminalidade AND espiritualidade.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, dentro de todas as áreas de interesse; periódicos indexados nos bancos de dados LILACS, MEDLINE e SciELO; artigos publicados a partir do ano de 2008, escritos em português, inglês ou espanhol.

Como critérios de exclusão: relatos de casos informais, capítulos de livros, textos não científicos, artigos científicos sem disponibilidade de acesso ao texto de forma integral, artigos científicos sem apresentação de resumo e os que não respondem aos objetivos do estudo. É viável lembrar que artigos repetidos após o cruzamento dos descritores foram contabilizados apenas uma vez.

Após a disponibilização dos resultados de busca a partir dos critérios de inclusão e exclusão escolhidos, realizou-se a leitura exaustiva dos artigos científicos, buscando os de melhor adequação à questão de pesquisa do estudo. A amostra obtida conforme o cruzamento dos descritores está descrita na tabela 1:

Cruzamentos	MEDLINE	LILACS	SciELO	Amostra
-------------	---------	--------	--------	---------

“Equipe multiprofissional” AND “Espiritualidade”	1	2	51	4
“Terminalidade” AND “Espiritualidade”	86	5	31	6
“Equipe multiprofissional” AND “Terminalidade”	0	7	36	5
“Equipe multiprofissional” AND “Terminalidade” AND “Espiritualidade”	0	0	0	0
Total	87	14	118	15

Nas bases de dados MEDLINE, LILACS E SciELO, os descritores Equipe multiprofissional, Espiritualidade e Terminalidade foram digitados nas caixas de busca do sistema e unidos pelo conector “AND”, para obter o resultado dos cruzamentos, mostrando artigos em inglês, espanhol e português.

No cruzamento dos três descritores indexados pelo conector “AND”, não obteve-se artigo científico publicado em nenhuma das bases científicas.

O cruzamento dos demais descritores nas bases de dados LILACS e MEDLINE resultou num total de 100 artigos, dos quais todos foram obtidos através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), sendo 14 da primeira base e 86 da segunda base de dados citada. Destes 86 artigos científicos da MEDLINE, 58 foram imediatamente excluídos da amostra por apresentarem publicação anterior ao ano de 2008. Dos 28 artigos restantes, 12 foram excluídos por não apresentarem texto online na íntegra ou resumo disponíveis, 01 apresentava-se em língua estrangeira não compatível com as dos critérios de inclusão e 12 não responderam à questão norteadora da pesquisa, restando 04 artigos para a amostra.

Dos 14 artigos da base de dados LILACS, 02 não tinham texto disponível, 05 anteriores a 2008 e 06 não respondiam aos objetivos e a questão norteadora. Portanto, apenas 01 (um) artigo obtido pelos cruzamentos dos descritores nessa

base de dados foi utilizado na amostra, pois, os demais não se adequavam de forma satisfatória ao estudo proposto.

Para encontrar os artigos da base de dados SciELO, devido ao número reduzido de artigos encontrados na BVS, foi necessária também, buscar e cruzar os descritores no próprio site (SciELO Brasil), na mesma forma dos demais cruzamentos. Foram obtidos 118 artigos, dos quais, mediante leitura criteriosa e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 10 foram selecionados e incluídos na amostra.

Desse modo, do número total de artigos científicos encontrados, 15 foram selecionados para a amostra, sendo 12 em português e 03 em inglês.

Após a triagem e escolha dos artigos selecionados e leitura crítica, mediante os critérios de inclusão e exclusão e visando a manutenção da garantia e a confiabilidade da pesquisa, os estudos foram tabulados segundo as seguintes categorias: título, autor (es), base de dados e ano de publicação.

Os artigos selecionados foram avaliados pelos autores quanto à qualidade de suas informações, e, por fim, incluídos para avaliação e discussão.

3. RESULTADOS

A partir das estratégias de busca dos estudos, selecionaram-se 15 artigos científicos para posterior análise e discussão e 05 para leitura complementar.

TÍTULO	AUTOR	BASE DE DADOS	ANO
A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura.	•Bifulco •lochida	SciELO Brasil	2009
End-of-life issues in the acute and critically ill patient.	•Savory	MEDLINE	2009

	•Marco		
A espiritualidade no aproximar da morte...	•Gomes •Margarida	SciELO España	2011
Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.	•Fernandes •Komessu	SciELO Brasil	2013
Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde.	•Espíndula •Do Valle •Bello	SciELO Brasil	2010
Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME).	•Elias •Giglio •Pimenta	SciELO Brasil	2008
Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde	•Oliveira •Silva	SciELO Brasil	2010
Spirituality and end-of-life care in disadvantaged men dying of prostate cancer	•Bergman •Fink •Kwan •Litwin.	MEDLINE	2011

What Can We Learn About the Spiritual Needs of Palliative Care Patients From the Research Literature?	•Cobb •Dowrick •Lloyd-Williams	MEDLINE	2012
Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos	•Silva	LILACS	2011
Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: Um caminho promissor	•Matos •Pires	SciELO Brasil	2009
Ditos, não ditos e entreditos: A comunicação em cuidados paliativos	•Sousa •Carpigiani	SciELO Brasil	2010
Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica	•Silva •Sudigursky	SciELO Brasil	2008
Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades	•Floriani •Schramm	SciELO Brasil	2008
The role of chaplains within oncology interdisciplinary of teams	•Sinclair •Chochinov	MEDLINE	2012

4. DISCUSSÃO

Baseando-se na apresentação dos artigos selecionados para a formação deste estudo, apontamos aspectos relevantes sobre a espiritualidade no fim da vida, a relação da equipe com o doente e a preocupação com as necessidades que devem ser atendidas durante o processo de morrer. Estes serão apresentados a seguir em duas categorias que seguem.

A espiritualidade na perspectiva os profissionais que atuam no cuidado paliativo

Os cuidados paliativos têm como objetivo essencial o controle da dor, o alívio de sintomas e a diminuição do sofrimento, não só físico, pois a força do ser humano é uma unidade inseparável que também reúne a dimensão espiritual, facilitando assim, o bem-estar do paciente e de sua família^(8,9,10).

É impossível não relacionar terminalidade com uma equipe de profissionais de saúde com várias áreas de conhecimento e atuação. Os cuidados paliativos dependem de uma abordagem multidisciplinar, no qual cada cuidador, dentro de sua área, fornecerá uma assistência integral, harmônica e de qualidade, voltando a atenção para as esferas físicas, psicológicas e espirituais⁽¹¹⁾. Um único profissional, por mais dedicado que seja, não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano⁽¹²⁾.

Porém, observa-se que o ensino na academia sobre cuidados paliativos ainda é precário, o que dificulta o atendimento adequado do profissional de saúde a esse tipo de paciente^(2,13). A formação é baseada no conhecimento científico, uma herança cultural repassada ao estudante da graduação que se desvincula do curso sem preparo para atuar em condições em que a cura não é mais possível. Desse modo, a espiritualidade também não tem enfoque nos cursos de graduação e a detecção e abordagem da equipe de saúde em cuidados paliativos torna-se um desafio^(11,14).

Para o paciente em fase terminal, a equipe de saúde significa o caminho para a compreensão, o conhecimento de si mesmo e o resgate de valores éticos e humanos^(15,9). Por isso, é importante que os profissionais atuem de maneira uniforme, visualizando as necessidades do doente sob diferentes óticas, estabelecendo, junto com os demais membros da equipe, metas em comum, mantendo a dignidade durante o processo de morrer⁽¹⁶⁾.

A harmonia e a conexão entre a equipe multiprofissional é essencial para o sucesso na aplicação de um cuidado paliativo de qualidade. Os profissionais precisam atuar juntos, analisando cada caso de forma única e traçando um rumo

para o cuidado. Além disso, é primordial que o próprio profissional reconheça seus limites espirituais e os utilize na prática, tornando menos dolorosa as situações iminentes à vida ou a morte em si^(12,14). É evidente que a questão espiritual desempenha papel importantíssimo para o paciente no processo de fim da vida⁽¹⁷⁾. A espiritualidade representa para o paciente em fase terminal, uma ampliação do sentido da vida, fortalecimento, amadurecimento de ideias e projetos, compreensão da própria existência⁽¹⁸⁾.

A espiritualidade como desafio para a equipe interdisciplinar

Observa-se que a espiritualidade não tem o enfoque merecido e necessário na literatura científica atual. A exploração desse assunto por parte dos pesquisadores torna-se importante ferramenta de discussão de novas ideologias na aplicabilidade prática dos cuidados paliativos. Além disso, aprofundar o conhecimento sobre a espiritualidade na terminalidade favorece entendimento comum, proporcionando uma visão mais completa de como as necessidades espirituais dos pacientes terminais podem ser compreendidas e trabalhadas. Os estudos atuais visam muito mais as questões conceituais do que as práticas e evidências do verdadeiro papel e da aplicação da espiritualidade nesses casos⁽¹⁹⁾.

E mesmo reconhecendo-se a importância das questões espirituais que envolvem o processo de terminalidade, ainda existem grandes desafios a plena integração dos profissionais de equipes interdisciplinares com a assistência espiritual, sendo muitas vezes, deixado em segundo plano dentro das instituições de saúde⁽²⁰⁾.

Percebe-se também, que esse é um assunto que ainda não é muito abordado de forma conjuntiva na literatura. O conhecimento sobre estudos científicos que tratem de espiritualidade e a equipe multidisciplinar no processo de terminalidade são limitados a trabalhos que tratam dos assuntos separadamente, formando uma lacuna preocupante, quando se pensa na dimensão e da importância dos cuidados paliativos para os pacientes sem possibilidade terapêutica de cura.

5. CONCLUSÃO

A busca de evidências científicas em estudos que tratem sobre a espiritualidade e a equipe multidisciplinar no processo de terminalidade resultaram em 14 artigos com publicação entre 2008 e 2013, originais, fidedignos aos critérios de inclusão e exclusão aplicados, avaliados e interpretados de forma crítica e concisa.

Diante dos estudos apresentados, entende-se que a espiritualidade é uma ferramenta indispensável para o conforto do paciente terminal e de sua família, favorecendo o autoconhecimento, ampliando idéias, organizando sentimentos, facilitando a compreensão da doença, sendo que é impossível praticar a dimensão gigantesca dos cuidados paliativos sem deter esforços na questão espiritual.

Não existe cuidado paliativo sem uma equipe multiprofissional. Um único profissional não tem como fornecer o cuidado adequado a um paciente terminal, pois as necessidades desse paciente ultrapassam a dor biológica e tomam proporções sociais, culturais e espirituais, que só com o apoio e dedicação de toda a equipe podem ser atendidas.

Porém, observa-se uma lacuna quando relaciona-se espiritualidade e equipe multiprofissional na terminalidade da vida. Os estudos tratam dos assuntos de forma individual, é rara a correlação, principalmente, entre a equipe e a espiritualidade. É possível que isso ocorra devido à dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer as necessidades espirituais do paciente e de sua família, fruto da precariedade dos cursos de graduação que não preparam os alunos para lidar com situações em que a cura não é possível.

Seria de grande valia o aprofundamento em estudos científicos que correlacionem de forma concisa os assuntos abordados nessa revisão integrativa. Vale ressaltar que os cuidados paliativos são uma realidade cada vez mais comum no cotidiano dos profissionais da saúde e que o paciente em situação de terminalidade necessita de cuidados especiais, que ultrapassam os limites da ciência.

6. REFERÊNCIAS

1. Kübler-Ross, E. O Túnel e a Luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte. Ed. Versus. Campinas, 2012.
2. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33(1):92-00.
3. Santana JCB, Barbosa NS, Dutra BS. Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro. Enfermagem Revista. 2012; 15(1): 58-71.
4. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos, 2009.
5. Araujo MMT, Silva MJP, Simone GG, Torales GMG. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. Revista BioEthikos, Centro Universitário São Camilo. 2012; 6(1): 58-65.
6. Gomes R, Margarida A. A espiritualidade no aproximar da morte... Revista Enfermeria Global. 2011;10(22):1-9.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Revista Texto e Contexto Enfermagem. 2008; 17(4):758-64.
8. Bergman J, Fink A, Kwan L, Maliski S, Litwin MS. Spirituality and end-of-life care in disadvantaged men dying of prostate cancer. World J Urol. 2011; 29(1):43-9.
9. Espindula JA, Valle ERM, Bello AA. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2010;18(6):[08 telas].
10. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(Sup 2):2123-32.
11. Oliveira CO, Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2):212-17.
12. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enfermagem. 2009; 18(2): 338-46.
13. Fernandes MFP, Komessu JH. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1):250-57.

14. Silva DLS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Revista HCPA*. 2011; 31(3):353-58.
15. Sousa KC, Carpigiani B. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2010; 12(1):97-108.
16. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: Revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3):504-8.
17. Savory E, Marco C. End-of-life issues in the acute and critically ill patient. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2009;17(21): 1-10.
18. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME). *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(6):959-65.
19. Cobb A, Dowrick C, Williams ML. What Can We Learn About the Spiritual Needs of Palliative Care Patients From the Research Literature? *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 43(6): 1105-19.
20. Sinclair S, Chochinov H. The role of chaplains within oncology interdisciplinary of teams. *Corrent opinion in supportive and palliative care*. 2012. jun: 6(2): 259-6

Anexos

Anexo A
FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisadora: Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Título da Pesquisa: Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

CAAE: 30974314.4.0000.5317

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 668.915

Data da Relatoria 29/05/2014

DADOS DO PARECER

No campo da saúde, observam-se modificações conceituais, as quais se entendem como avanços que partiram da ampliação do conceito de saúde através do estabelecimento das novas diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde deixa de ser “ausência de doença” para se tornar um “bem-estar físico, psíquico, social e espiritual” (WHO, 2002). Recentemente, estes quatro campos orientam a produção científica das diversas áreas que compõem as ciências da saúde, na qual foi incluída a dimensão espiritual como parte da integralidade humana, com vistas a atender as necessidades existenciais expressas pelo ser humano. Aliando-se a estas modificações teóricas, surge também o despertar do ser humano no presente quanto aos valores relacionados à espiritualidade e a religiosidade. A OMS criou o Grupo de Qualidade de Vida, que inclui a Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB), no seu instrumento genérico de qualidade de vida, o Word Health Organization’s Quality of Life Measure (WHOQOL). Com estes avanços surge a necessidade de expandir o conhecimento científico, no que se refere ao reconhecimento das necessidades espirituais, tanto dos pacientes quanto da população em geral (FLECK CHACHAMOVICHA; TRENTINIB; 2003).

Apresentação do Projeto:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção ao usuário e para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, a partir do referencial de Viktor Frankl.

Objetivo Secundário:

Compreender a influência da espiritualidade no trabalho dos profissionais da equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos.

Desvelar as expectativas dos usuários em cuidados paliativos em relação ao cuidado espiritual prestado pelos profissionais da saúde.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Evitar escrever que o estudo não oferece risco, pois a própria definição de risco é bastante ampla, e o pesquisador pode não estar avaliando todos os componentes que estão nela inseridos.

Quanto aos benefícios: o projeto deve avaliar quais são os benefícios para os participantes de sua colaboração com o estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e com embasamento fenomenológico. Terá como referencial teórico o existencialismo de Viktor Frankl, o qual embasa a busca de sentido. Os participantes serão os pacientes do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico e os profissionais da equipe interdisciplinar que os cuida. As informações serão coletadas através de entrevista para os usuários e para os profissionais, com questões específicas para cada participante, sendo descritas a seguir. Como questão de aproximação para os usuários: “Qual o sentido que tem para você a espiritualidade ou a sua fé neste momento da sua vida?” E ainda duas questões norteadoras: “Fale-me sobre essa experiência” e “Você considera importante que os profissionais que estão lhe atendendo neste período conversem sobre a espiritualidade?”. Para os profissionais da equipe interdisciplinar tem-se uma questão de aproximação: “Qual o sentido que tem para você a espiritualidade como profissional que atende pacientes em cuidados paliativos?”; e questões norteadoras: “fale-me sobre sua experiência no convívio com estes

pacientes” e “Como você vê a interferência da sua espiritualidade durante o seu processo de trabalho?”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: OK

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sugerimos solicitar a dispensa do TCLE, pois este poderá causar alguns constrangimentos à equipe para falar mais livremente e a conversa com os profissionais só irá ocorrer com o consentimento verbal deles.

O TCLE para os pacientes também poderá causar inibições, impedindo-os de falar com mais liberdade, visto que são pacientes que recebem tratamento domiciliar e a pesquisadora será identificada como profissional de saúde pertencente a este programa de internação domiciliar. O CEP sugere que a pesquisadora faça um termo se comprometendo eticamente com o CEP. Nele deverá contar os requisitos apontados na Resolução 466/12.

Recomendações: OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado

Situação do Parecer:

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PELOTAS, 30 de Maio de 2014

Patricia Abrantes Duval

(Coordenador)

Assinado por:

96.020-360

Tel: (53)3284-4960 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

Anexo B

Consentimento Institucional

Zimbra

ensino@heufpel.com.br

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS(UFPel/ FAU)

De : FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS <ensino@heufpel.com.br> Qua, 07 de Mai de 2014 10:08

Maicon

Assunto : FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS(UFPel/FAU)

Para : ensino@heufpel.com.br, ensino he <ensino.he@gmail.com>



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS UNIDADES (UFPel/ FAU)

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades para o desenvolvimento de pesquisa.

Documento nº: 00481/14

Título do trabalho: INTEGRALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS: ENFOQUE NO SENTIDO ESPIRITUAL

Registro/ Comitê Ética: NAO Qual comite: XX Nº Registro: XX

Autor principal: ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA ARRIEIRA

Email: isa_arriera@hotmail.com

Telefone: 53 81351920

Formação: ENFERMEIRA

Colaboradores: EQUIPE DO PIDI

Tipo de trabalho: TESE

Instituição vinculada: HOSPITAL ESCOLA

Objetivo principal do trabalho: COMPREENDER O SENTIDO DE ESPIRITUALIDADE PARA O SER HUMANO E EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS A PARTIR DO REFERENCIAL DE VIKTOR FRANKL.

Área principal: ENFERMAGEM Outra: XX

Tipo de pesquisa: PESQUISA EM INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE

Recursos / Modalidade : FINANCIAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS

Despesas (descrever as principais PF, PJ e etc): CUSTEADAS PELO PESQUISADOR

TOTAL: R\$ 12.159,00

Data prevista para início: 01/07/2014, data prevista para término: 01/07/2015 (a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)

Local para aplicação: HOSPITAL ESCOLA

Setor / serviço: PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR INTERDISCIPLINAR ONCOLÓGICO

Público Alvo: USUÁRIOS E TRABALHADORES DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Nº da amostra: 17

Carga Horária necessária /

dia: 2 horas

Periodicidade: SEMANAL

Turnos: TARDE

Horários: 14 às 16h

Nº de participantes que

realizarão coleta de 01

dados:

Obs: O Autor Principal deverá enviar a relação dos participantes para o e-mail educacao@fau.com.br após a aprovação do CEP.

Data da solicitação: 07/05/2014

Nome do responsável pela solicitação: ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA ARRIEIRA

Pág.1 de 2

CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER

Nº do documento: 00481/14

Data / recebimento: 07/05/2014

Encaminhamento para (unidade/ serviço / setor):

A/C Juliana Fm pp.

Data / encaminhamento:

07/05/14

Assinatura e carimbo / Coord. Ensino, Pesquisa e Extensão:

Enf. Dr. Camilla Schwonke
Coord. Pesquisa, Ensino e Extensão
HE/UFPEL

Data / recebimento:

07/05/14

Parecer / área:

☒ Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisadas questões éticas, de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.

() Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.

Encaminhamento para parecer do departamento / serviço:

Solicito que sejam analisadas questões referente

a

() Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo:

Data / encaminhamento: ____/____/____

Assinatura e carimbo / Chefia / Área:

Data / recebimento: ____/____/____

Outro / parecer:

Área:

() Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

() Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo:

Data / encaminhamento: ____/____/____

Assinatura e carimbo / Chefia / Área:

Parecer Final / Direção (A **autorização** para realização desta pesquisa está **condicionada** a entrega da carta de aprovação do CEP e Apólice de Seguros na Coord. Ensino, Pesquisa e Extensão.)

☒ Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP

() Com restrições / Motivo:

() Não aprovado

Diretor:

Enf. Dr. Camilla Schwonke
Coord. Pesquisa, Ensino e Extensão
HE/UFPEL

Em:

07/05/14

Pág. 2 de 2