

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 de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maira BussThofehrn

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 Arririera

Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual

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

Data da Defesa: 20/05/2015

Banca examinadora:

.....
Prof. Dra. Maira Buss Thofehn. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

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

.....
Prof. Dra. Adriana Dora da Fonseca. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

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

.....
Prof. Dra. Viviane Marten Milbrath. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

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

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

Dedico este estudo à esta energia suprema que significo como Deus a qual me oportuniza uma vida plena de sentido por meio da convivência com minha família, realização profissional como docente e enfermeira de uma equipe interdisciplinar que me possibilitou conviver com pessoas em fase de cuidados paliativos, que me ensinam a valorizar cada minuto da minha existência como um milagre que não poderá ser repetido e ao meu amado pai que também encontra-se 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 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 Dra. Maira Buss Thofehr parceira desde o mestrado, por ter aceitado o desafio de iniciar o estudo da espiritualidade e agora aprofundar numa tese de doutorado, por não ter medido esforços para me auxiliar 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 me clareando de forma extremamente humana e me encantando com o seu conhecimento da filosofia, fenomenologia, existencialismo e da hermenêutica.

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

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

À Professora Doutora Viviane Milbrath, jovem pesquisadora, apaixonada pela fenomenologia e pelo Heidegger, foi fundamental na qualificação do projeto e na elaboração desta tese.

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

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

À Professora Doutora Maria Julia Paes da qual sou admiradora de seu conhecimento, o qual compartilha com todos nós.

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

As pessoas incluídas no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico, assim como os 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 a 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 pudesse dar continuidade ao trabalho.

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 me auxiliando 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 e Carmem 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**. 2015. 168f. Tese. (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O estudo teve como objetivo compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção a pessoa e 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. **Completeness in palliative care: focus on spiritual sense**. 2015. 168f. Thesis. (Doctorate in Science) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

The study aimed to understand the sense of spirituality for comprehensive care the person and interdisciplinary palliative care team from the framework of Viktor Frankl and specific objectives understand the spirituality of influence in the work of an interdisciplinary team of professionals working in care palliative and reveal people's expectations in palliative care in relation to the spiritual care provided by health professionals. Had called a qualitative methodological feature by using the theoretical framework of Viktor Frankl, which is inspired by principles of phenomenology and existentialism, philosophical strands that have consolidated this paradigm as part of research practice in social sciences and humanities. Participants were people in palliative care Hospital Program Household Interdisciplinary Oncology and professionals of the interdisciplinary team that cares. In three weeks the researcher followed the service to these people along with the staff in order to identify those that were within the inclusion criteria. Information was collected through observation, field diary and phenomenological interview people who were in palliative care and for professionals, and the information observed were recorded in the field diary during contact with the participants and interviews from June to October 2014, were recorded and transcribed and then transformed into text. This was interpreted with the hermeneutic phenomenological approach, which characterizes the thinking of contemporary philosopher Paul Ricoeur, following the following steps: a) preparation of the text: from the descriptions of the information collected; b) careful rereading of texts relate to understanding; c) interpretation of the text to establish meaning units, d) understanding, also called sensitivity manifests. From there emerged four major categories with their respective sub-categories: a) the meaning of spirituality for people in palliative care; b) comprehensive care of sense; c) the meaning of spirituality for professionals who care for people in palliative care and d) comprehensive care. Through lived experience both for people who are in palliative care, as the professionals who treat them, it is understood that for the comprehensive care is necessary the inclusion of spirituality in all scenarios that permeate the health work since the formation , continuing education, care and research. It is understood also that the actions of health professionals aim to the attention of a human being consists of the 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 who care altogether.

Keywords: spirituality; palliative care; terminal patient; nursing; interdisciplinary team of health; completeness; existentialism.

Resumen

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **Integridad en los cuidados paliativos: enfoque en sentido espiritual**. 2015.168f. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

El estudio tuvo como objetivo comprender el sentido de la espiritualidad para la atención integral a la persona e interdisciplinario equipo de cuidados paliativos del marco de Viktor Frankl y objetivos específicos a entender la espiritualidad de la influencia en el trabajo de un equipo interdisciplinario de profesionales que trabajan en la atención paliativos y revelan expectativas de la gente en los cuidados paliativos en relación con el cuidado espiritual proporcionada por profesionales de la salud. Había llamado un rasgo metodológico cualitativo utilizando el marco teórico de Viktor Frankl, que se inspira en los principios de la fenomenología y el existencialismo, hilos filosóficos que han consolidado este paradigma como parte de la práctica de la investigación en ciencias sociales y humanidades. Los participantes eran personas en los cuidados paliativos en el Hospital Programa de Hogares Interdisciplinario de Oncología y profesionales del equipo interdisciplinario que le importa. En tres semanas el investigador siguió el servicio a estas personas, junto con el personal con el fin de identificar a las personas que se encontraban dentro de los criterios de inclusión. La información se recogió a través de la observación, diario de campo y la gente de la entrevista fenomenológica que estaban en cuidados paliativos y para los profesionales, y la información observada se registraron en el diario de campo durante el contacto con los participantes y entrevistas de junio a octubre de 2014, fueron grabadas y transcritas y luego transformado en texto. Esto fue interpretado con el enfoque fenomenológico hermenéutico, que caracteriza el pensamiento de filósofo contemporáneo Paul Ricoeur, siguiendo los siguientes pasos: a) preparación del texto: a partir de las descripciones de la información recopilada; b) una cuidadosa relectura de los textos se refieren a la comprensión; c) interpretación del texto para establecer las unidades de sentido, d) la comprensión, también llamado sensibilidad manifiesta. A partir de ahí surgieron cuatro categorías principales con sus respectivas subcategorías: a) el significado de la espiritualidad de las personas en los cuidados paliativos; b) la atención integral de los sentidos; c) el significado de la espiritualidad para los profesionales que atienden a personas en cuidados paliativos y d) una atención integral. A través de la experiencia vivida, tanto para las personas que están en cuidados paliativos, como los profesionales que los tratan, se entiende que para la atención integral es necesaria la inclusión de la espiritualidad en todos los escenarios que impregnan el trabajo de la salud desde la formación , continuando con la educación, la atención y la investigación. Se entiende también que las acciones de los profesionales de la salud tienen como objetivo la atención de un ser humano consiste en las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales. El estudio llevó a la confirmación de la tesis de que la espiritualidad ofrece el encuentro existencial entre la persona en los cuidados paliativos y los profesionales que se preocupan por completo.

Palabras clave: la espiritualidad; cuidados paliativos; paciente terminal; enfermería; equipo interdisciplinario de salud; exhaustividad; 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	27
2.	Revisão de literatura	28
2.1	Historiando os cuidados paliativos e o processo de morte	28
2.2	Espiritualidade no processo de trabalho em cuidados paliativos	36
3.	Referencial teórico filosófico	42
3.1	Existencialismo como referencial filosófico	42
3.2	O existencialismo a partir da obra de Viktor Frankl	44
3.2.1	Conhecendo a trajetória existencial do autor	44
3.2.2	A Logoterapia e as principais obras do autor	49
3.2.3	Análise existencial e a busca do sentido segundo Viktor Frankl.....	54
3.2.4	Tríade trágica na visão Frankliana	57
4.	Trajetoória da pesquisa.....	60
4.1	Caracterização da pesquisa	60
4.2	Contextualizando o local da pesquisa.....	62
4.3	Aspectos éticos da pesquisa	64
4.4	Participantes da pesquisa	66
4.5	Coleta e interpretação das informações.....	67
5	Apresentação das informações	73
5.1	Observações sobre os participantes em cuidados paliativos.....	73
5.2	O Sentido da espiritualidade para as pessoas em cuidados paliativos	83
5.2.1	Continuidade da vida	83
5.2.2	Alívio do sofrimento	85
5.2.3	Naturalidade da morte.....	86
5.2.4	Valorização do Viver.....	89

5.3	Sentido de integralidade do cuidado.....	91
5.3.1	Conforto e fé proporcionados pela espiritualidade.....	91
5.3.2	Presença de Deus.....	93
5.3.3	Cuidado espiritual	95
5.4	O Sentido da espiritualidade para os profissionais que cuidam de pessoas em tratamento paliativo.....	98
5.4.1	Sentido para a vida.....	98
5.4.2	Sentido ao sofrimento e à morte para os pacientes	99
5.4.3	Sentido ao trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos	102
5.5	Integralidade do cuidado	105
5.5.1	Espiritualidade como recurso terapêutico para a humanização do cuidado.....	106
5.5.2	Continuidade da vida e cura espiritual.....	110
5.5.3	Espiritualidade e formação dos profissionais	111
6	Recomendações para a inclusão da espiritualidade ao cuidado integral em saúde à partir deste estudo	114
7	Reflexões e considerações finais	119
	Referências	126
	Apêndices	142
	Apêndice A.....	143
	Apêndice B.....	145
	Apêndice C.....	147
	Apêndice D.....	148
	Anexos	162
	Anexo A.....	163
	Anexo B.....	166

1 Introdução

No campo da saúde observam-se modificações conceituais, as quais entende-se 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 manifestadas 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. Ainda agregado a esta situação estudos coordenados pelo Dr. Koenig¹, vem demonstrando que as pessoas que desenvolvem certos valores e práticas, tais como a oração e a meditação, por exemplo, 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 estes avanços surge a necessidade de expandir o conhecimento científico, no que se refere ao reconhecimento das necessidades espirituais, tanto

¹ Dr. 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 faz parte de seu ser a dimensão espiritual. 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 foi entendido a espiritualidade como encontro de significado e o propósito da vida. Além de considerarem que o cuidado espiritual se concentra no respeito pelos pacientes, interações amigáveis e simpáticas, na partilha de rituais e como potencializadora de pacientes e enfermeiras a encontrarem força interior (MAHMOODISHAN et al, 2010).

Em outra pesquisa realizada no Texas com os cuidadores de pacientes com câncer avançado, todos relataram que a espiritualidade e a religiosidade ajudaram a lidar com a doença, e para a maioria dos participantes teve um impacto positivo sobre os sintomas de seu ente querido melhorando inclusive os aspectos físicos e emocionais. No que se referiu a avaliação espiritual dos cuidadores, foi encontrada uma alta prevalência de dor espiritual, o que acarretava em sofrimento psíquico e em baixa qualidade de vida. Estes 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, ficou evidenciado que o aconselhamento em questões espirituais situa-se entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e seus familiares (PESSINI, 2002).

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 da educação permanente que ressalta a necessidade de desenvolver-se habilidades

de acordo com a realidade imposta no cotidiano de trabalho, considerando o local de trabalho como espaço de discussão e apropriação de novos conhecimentos com vistas à interdisciplinaridade e a integralidade da atenção (ARRIEIRA et al, 2011).

Entende-se como Integralidade da Atenção a ação global que tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, compreendendo o ser humano como biopsicosocial e espiritual (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

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

Ainda observa-se uma necessidade de sentido que leva cada vez mais 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 motivado a buscar um sentido para sua vida, e esta 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, 1946/1989a).

A vida tem sentido como um todo, então o sofrimento inevitável tem também seu sentido. O sofrimento faz parte da vida. Considera-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, por exemplo, em estados de doença terminal, nas quais 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-se que preenche uma necessidade e esta então funciona como motor desta ação (COLL et al, 2001).

Durante a trajetória profissional atuei por quinze anos numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e sempre busquei compreender o sentido

das ações, tive dificuldade em encontrar explicação para a morte e 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 próximos dias ao evento da morte.

Considero que esta vivência instigou-me a buscar uma forma de cuidar de pessoas em processo de terminalidade de maneira que, no final 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 a 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 a proposta de trabalho interdisciplinar e foi em conjunto que construiu-se uma metodologia de trabalho embasada na Política Nacional de Humanização, com equipe de referência, equipe de apoio matricial e projeto terapêutico individualizado.

E neste universo dos cuidados paliativos surge a demanda de um cuidado do ser humano considerando suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Sendo esta última ainda pouco explorada e conseqüentemente menos abordada pelos integrantes da equipe.

Tal necessidade era também expressada 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 no que se refere à espiritualidade é muito presente, no entanto a dificuldade no manejo destes aspectos é motivo de frustrações tanto para os pacientes em cuidados paliativos que esperam pela atenção como também pela equipe que se sente insegura no que se refere a esta abordagem (ARRIEIRA, 2009).

Ainda torna-se importante ressaltar que o termo “paliativo” é derivado do latim pallium que significa manto, 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).

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

Segundo a OMS, no ano 2030, pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. Sendo que, mais de 70% dos óbitos por câncer ocorrem em países em desenvolvimento, nos quais os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer são limitados ou inexistentes. Os grupos desfavorecidos são 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). O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda (INCA, 2012).

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, 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 cerca de 50 a 70 % destas 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. Estas 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).

Observou-se que, a partir do momento em que as pessoas atendidas pelo PIDI Oncológico e suas famílias criam vínculos afetivos com os profissionais da equipe, começam a surgir os questionamentos e a solicitação de respostas nas mais diversas dimensões da vida humana (ARRIEIRA et al, 2011).

E foi na busca por estas respostas que senti o estímulo ao desenvolvimento de uma dissertação² com o tema a espiritualidade no processo de trabalho na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos, tal estudo teve entre os

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, tem 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.

objetivos construir o significado de espiritualidade para a equipe que atuava em cuidados paliativos.

Teve-se como construção coletiva os seguintes resultados: religiosidade e espiritualidade são diferentes, pois a primeira encontra-se relacionada às crenças e dogmas pertencentes a uma determinada religião, enquanto que a segunda é mais abrangente e possui relação com um processo experiencial, com o objetivo de buscar sentido para a vida através da transcendência que se caracteriza 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 relaciona-se a emoções, sentimentos, idéias e preferências que pertencem a uma pessoa, enquanto que 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 elaborado a partir da produção de signos e sentidos, o qual foi resultado de uma ação coletiva (ARRIEIRA, 2009).

Ainda ressalta-se que entre as discussões do grupo, surgiu 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 servisse de estímulo a equipe em foco a continuar buscando respostas às várias lacunas que emergem no cotidiano de trabalho em saúde e também que

fosse referência à formação de equipes, pois entende-se que além do que foi descrito, a espiritualidade é um componente harmonizador das relações no processo de trabalho (ARRIEIRA, 2009).

Entende-se 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 no processo de terminalidade, através do acolhimento da demanda pelos profissionais da equipe, discussões em reuniões da equipe a respeito do tema, inclusão do tema espiritualidade nas atividades dos grupos de cuidadores e enlutados, entre outros.

Ressalta-se que durante a trajetória acadêmica não teve-se nenhum contato e não participou-se de nenhuma discussão a respeito do tema espiritualidade. Também na vivência profissional demorou-se longos anos para compreender a necessidade desta abordagem espiritual aos pacientes e também aos profissionais da saúde.

No entanto, o discurso positivista, decorrente do avanço verificado no último século na ciência e tecnologia em geral e, no campo da saúde, em particular, não conseguiu encontrar resposta para a questão milenar que acompanha o ser humano: qual é o sentido da vida?

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 dos usuários. Acarretando, assim, minimização das dúvidas e conflitos que existem, inclusive conflitos existenciais dos próprios profissionais pela dissonância entre suas crenças religiosas e o papel que a ciência confere à espiritualidade, o qual permitirá melhor aproveitamento desse recurso no diagnóstico, tratamento e prevenção de problemas de saúde (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

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 o usuário 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, sobretudo, considerar a realidade subjetiva e social que tem uma existência objetiva. Pois 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 ressignificação 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 percebeu-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 melhor compreensão da existência espiritual, faz-se necessário uma análise da antropologia construída pelo filósofo Max Scheler uma vez que Viktor Frankl recebe influência direta deste filósofo no que se refere a sua concepção de espírito, em sua obra *A Posição do Homem no Cosmos*, 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, concebe em sua antropologia a noção de pulsão como princípio da energia, de realização e de ação. E a noção de “Espírito” 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, no qual vivencia-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 destas pessoas reconheçam-a como uma possibilidade de cuidado que se caracteriza 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 um outro componente horizontal, o existencial, enquanto sentido de propósito e satisfação de vida (PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Entende-se por Deus uma força superior, a qual é alcançada através da transcendência, que caracteriza-se pela capacidade essencialmente humana de buscar algo fora de si, esta é 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 nos pacientes, como, também, no próprio profissional de enfermagem (SÁ; PEREIRA, 2010).

Também a espiritualidade foi incluída no *Diagnóstico de enfermagem da NANDA — definições e classificações 2009-2011*, por três diagnósticos que estão relacionados com a espiritualidade, são eles: 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 vista como um fator positivo (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010).

Sabe-se que as necessidades espirituais dos usuários com doença terminal geralmente não são atendidas pelos profissionais da saúde. Isto se dá pela falta de preparo dos mesmos. 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 os mesmos por algum motivo não forem atendidos por assistentes espirituais (KEALL, et al, 2013).

Após a aproximação com o tema a partir da autoria da pesquisa: o significado de espiritualidade para a equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos realizada no mestrado, a qual foi motivada pela necessidade de atender a demanda de atenção espiritual dos pacientes em processo de terminalidade aos quais prestava-se cuidado como enfermeira, visto que também compartilhava-se com os demais componentes da equipe a dificuldade em lidar com as situações em que os pacientes demonstravam a necessidade de serem atendidos em sua dimensão espiritual (ARRIEIRA, 2009).

E ainda, acompanhando-se a mesma equipe após a construção do significado de espiritualidade proporcionado pela citada pesquisa e, visualizar-se na prática, transformações positivas ocorridas, instigou-se em aprofundar o estudo, agora com inspiração fenomenológica, na busca pelo 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, entende-se imprescindível a compreensão do sentido da espiritualidade para a pessoa que encontra-se 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 destes pacientes.

Após incessantes leituras de autores que escrevem sobre o tema no Brasil e no mundo, encontrou-se 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 este sentido necessita ser resgatado e a proximidade com situações ameaçadoras serve de estímulo a esta busca.

Também na revisão exercida para a construção deste projeto foram encontrados alguns estudos que abordam a importância da espiritualidade para os

pacientes, outros que abordam o valor da espiritualidade para os profissionais, no entanto, encontrou-se uma lacuna no que se refere ao aprofundamento na busca do sentido de espiritualidade para estas pessoas que se encontram em cuidados paliativos e também para a equipe que presta o referido cuidado.

Entende-se que através desta pesquisa de inspiração fenomenológica, na qual considera-se o ser humano como um ser total busca-se a experiência de vida tal como vivida por estas pessoas, e então buscar-se-á compreender o fenômeno desta 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 a pessoa e 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 o cuida em sua integralidade.

2 Revisão de Literatura

Para embasamento do 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* que se caracterizavam por hospedarias, as quais abrigavam além de doentes e moribundos, mulheres em trabalho de parto, famintos, leprosos e órfãos, e mais do que a busca da cura, tinham como características o acolhimento, o alívio do sofrimento, a proteção (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

No século XVII surgiram instituições de caridades na Europa e abrigos para órfãos, pobres e doentes. Então no século XIX, esses abrigos começam a ter 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.

Porém, os cuidados com equipes interdisciplinares abrangendo a integralidade do ser humano, considerando as dimensões psicológicas, físicas, sociais e espirituais são relativamente novos. No decorrer do tempo, o *hospice* acolheu pessoas com diferentes finalidades. Entre elas acolhia doentes, pobres e peregrinos cansados, mas foi no século XIX, em 1842, na França, que madame Jeanne Garnier mobilizou-se após visitar pacientes com câncer em suas casas, que encontravam-se sem nenhuma assistência e então abriu o primeiro *hospice* para pacientes terminais (TWYXCROSS, 2000).

Há cerca de 46 anos Cicely Saunders, com formação em enfermagem, assistência social e medicina, fundou o Saint Christopher`s Hospice. A palavra “*hospice*” é tradução do vocábulo *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).

Cicely Saunders modernizou o então *hospice*, derrubando paradigmas, até então presentes na assistência ao paciente sem possibilidade de cura. 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 estes 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, sendo que para ela o acúmulo destes sintomas caracteriza o que ela denominou de Dor Total (BOULAY, 1996; RODRIGUES, 2004).

Assim, Cuidado *Hospice* pode ser considerado um programa que oferece cuidados aos pacientes no final da vida em locais denominados de *hospices*, enquanto os Cuidados Paliativos podem ser adequadamente oferecidos aos pacientes, no hospital, 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 prolongem a vida. A notável semelhança entre *hospice* e Cuidados Paliativos é o uso de uma equipe interdisciplinar de profissionais, incluindo

médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, capelões, entre outros para a atenção integral (TENÓ, 2009).

Agregando à 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 o 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, no Royal Victoria Hospital e não em um *hospice* ou domicílio, como nos outros países (COWAN, 2005).

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

Embora Kubler-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-americanos deu-se por meio dos esforços e liderança de uma enfermeira, Florence Wald, que se capacitou com Cicely Saunders durante dois anos e fundou o Hospice de Connecticut, em New Haven, nos moldes do inglês e estabeleceu um intercâmbio entre os dois países.

Porém nos Estados Unidos, os cuidados paliativos caracterizaram-se pela atenção domiciliar e menos pelos *hospices*. De acordo com o Hospice Foundation of América, 80% dos cuidados de *hospice* são providos nos domicílios e nos “nursing homes” (FERREL; COYLE, 2002). Os “nursing homes” são instituições semelhantes aos asilos, nos quais os pacientes com doenças crônicas, senilidade ou doenças

terminais são internados e recebem cuidados de enfermeiros. Estes 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 em 1982 na Argentina. Atualmente existem cerca de 80 equipes que estão operando amplamente no país e tais atividades podem ser 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 foi o fato de em 2000 o Ministério da Saúde ter aprovado a normatização nacional para a organização e implementação dos serviços de cuidados paliativos, além da medicina paliativa ser reconhecida 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-México (WRIGHT et al., 2007).

No Brasil, embora o IOELC (International Observatory on End of Life Care) tenha dito 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-se que depois destes, outros serviços foram surgindo, mas todos sem vínculos entre si ou sem 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 opióides, 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 opióides 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, somente dedicado 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, agregando 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, um grupo de 34 médicos praticantes dos cuidados paliativos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 26 de fevereiro de 2005. 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 usuários 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 de doença incurável e uma sentença de morte. O câncer normalmente é associado a experiências malditas e com conotações metafóricas populares de “comendo a pessoa”, “invadindo o corpo” ou “é um inimigo que precisa ser combatido” (SILVA, 2005).

Ainda ao longo da história, sempre houve uma enfermidade que, para as pessoas tinha conotação mágica, demoníaca ou sagrada. Na antigüidade era a Lepra, na Idade Média era a Sífilis, atualmente a doença considerada como tabu é o câncer. Este para muitas pessoas relaciona-se à mutilação e 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 cinquenta por cento dos usuários têm o diagnóstico de um câncer avançado e destes, cinquenta por cento estará 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 na maioria das vezes no mundo ocidental. Assim os seres humanos 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.

Deste modo é preciso clarear 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, 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, de ser um processo natural, a morte sempre foi temida pela pessoa 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 (KUBLER-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 considera-se que o ser humano ocidental modificou significativamente sua visão da morte podendo-se 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, sentimento de perda, que é vivido por qualquer ser humano e deve ser respeitado como um momento de sofrimento (COSTA; LIMA, 2005).

O usuário que enfrenta o período da terminalidade precisa ter suas necessidades especiais identificadas e atendidas para que possa ter a qualidade de vida preservada nesta fase da vida. Requer também atenção especial a consciência que o usuário tem sobre o 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 ocorrido um interesse maior por este 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 compreender, 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 olhar-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 o que esse processo significa, torna-se necessário caminharmos em direção à nossa própria humanidade e procurar 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 (KUBLER-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).

Para Vivat (2008) a espiritualidade tem sido reconhecida como um elemento importante no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, entre estas, o câncer.

Neste contexto, a espiritualidade é um tema que vem chamando a atenção dos profissionais da saúde no que se refere ao cuidado humano, pelo fato dos estudos terem demonstrado que este pode ser um caminho para melhorar a qualidade de vida dos usuários, assim como 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 permite superar os limites do conhecimento científico da biomedicina, a qual 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 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, por isso é responsável por um atendimento fragmentado (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Sabe-se que em cuidados paliativos tende a aflorar as necessidades espirituais a partir do momento em que os sintomas físicos, emocionais e sociais são paliados.

Ainda considera-se que a espiritualidade é multidimensional e relacional e engloba significado, propósito, auto-reflexão, esperança, fé e crenças, sendo comum

a todas as pessoa 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 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; e como instrumental de trabalho, 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 desses 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 o ser humano em processo de terminalidade. Desta 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 sobrevivida 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 o grupo de multiprofissionais atuar de modo interdisciplinar, para atender às diferentes condições de saúde da pessoa que vivencia a sua finitude, pois 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).

Cumprе 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 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 a 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, ou seja, material, subjetiva, social e espiritual. Sendo a material que se refere à explicação racional e lógica para todo e qualquer fenômeno. A subjetiva relaciona-se a emoções, sentimentos, idéias e preferências que são próprios de cada sujeito. A social refere-se as suas relações com outras pessoas e a espiritual relaciona-se às questões que transcendem a vida cotidiana e encontram-se relacionadas ao propósito da existência humana, a busca por sentido e significado à vida (ARRIEIRA, 2009).

Este processo de trabalho está embasado em conhecimentos científicos que são alicerces para o cuidado do ser humano 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 assistência espiritual a pessoas com doença que ameaçam a vida, sabe-se que a prestação de cuidados espirituais por enfermeiros é pouco frequente, identificando-se algumas barreiras, como: a dificuldade do próprio profissional reconhecer a sua espiritualidade, falta de

conhecimentos e competências quanto à 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 da importância de reconhecer e apoiar um doente 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 preocupem o 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.

Ainda refere a importância deste 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, requer-se alguns atributos: escuta ativa; demonstrar-se empático e capacidade de acompanhar o outro em seu sofrimento; reconhecer e responder à sua angústia e ajudá-lo a descobrir o seu significado através das suas experiências de sofrimento, dor e perda; elucidar as suas preocupações fundamentais, incluindo as necessidades espirituais não satisfeitas; identificar e responder às questões éticas e conflitos, além de assistir e apoiar outros membros do grupo na tomada de decisões, respeitando os valores de cada um; estar disposto a criar espaços terapêuticos e de cura, em que o crescimento espiritual possa ocorrer; oferecer recursos adicionais, se necessários, para o apoio ao 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 os pacientes 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, faz-se necessárias atitudes de conforto no que se refere às demais dimensões da pessoa, considerando-a em sua complexidade biopsicosocial 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 que essa forma

de cuidar do paciente 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 (ESPINDULA; 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, precisam também de apoio emocional e espiritual. Se a condição de saúde é gravíssima, sem chance de cura, existe mais uma razão para que se dedique 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).

Para Koenig (2012) são frequentes as pesquisas que demonstram que as crenças espirituais influenciam o enfrentamento de doenças, portanto, considera que seja cada vez mais difícil ignorar as necessidades espirituais destas pessoas e reintera 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 faz 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 sejam importantes para a pessoa e também desenvolver uma postura acolhedora com a comunidade de fé da mesma, defende que estas são vias pelas quais os profissionais podem integrar espiritualidade no cuidado em saúde (KOENIG, 2012).

Entende-se a importância deste histórico recomendado pelo autor e ainda 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 que será 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 o bem estar, a qualidade de vida e de conforto.

Na presença de sofrimento e busca de conforto vale lembrar a citação de Saunders (1995) ao afirmar 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, a 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 destas pessoas.

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 poder situar melhor 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 reduzira toda a realidade a fatos e 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 que considera que um dos aspectos essenciais da existência está na finitude da pessoa, a qual tem que representar algo que dê sentido a existência humana, 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 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 a Segunda Guerra Mundial. Tendo surgido e crescido num momento em que a Europa encontrava-se destruída física e moralmente e também com a ocupação alemã da França. Tais fatos ativaram as

preocupações existenciais com liberdade, responsabilidade e morte (REALE, 2008; REYNOLDS, 2013).

Sören Aabye Kierkegaard, pensador do século XIX, foi proclamado Pai da corrente filosófica denominada Existencialismo. Esta corrente de pensamento se intensificou no século XX (mais notavelmente na década de 60), tendo sua difusão na Europa, com maior repercussão na França do pós-guerra. Assim como outros pensadores dessa corrente filosófica, Kierkegaard 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. Desta 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 de 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. Considera inclusive imoral procurar fugir às incertezas e os riscos que envolvem a existência humana, pois são as dificuldades, os riscos, as incertezas e os conflitos que permitem a pessoa a evolução espiritual (KIERKEGAARD, 1942).

Influenciado por Kierkegaard, o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) desenvolveu sua idéia 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.

No existencialismo acredita-se que não é possível encontrar um sentido se não compreender a própria existência. Diferentemente das filosofias otimistas como

o idealismo, positivismo e marxismo que tem como objetivo explicar. A explicação que originou a ciência, a qual criou teorias para investigar, provar e tornar válidas determinadas experiências.

Para os existencialistas, embora 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 próprio e tornando-se único em sua totalidade e singularidade (FONTOURA, 2013).

Os representantes mais famosos do existencialismo são Martin Heidegger e Karl Jaspers na Alemanha, Jean-Paul Sartre, Gabriel Sartre, Gabriel Marcel, Maurice Merleau-Ponty e Albert Camus, na França; Nicola Abbagnano, na Itália.

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 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, no entanto 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, por lá 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, ficou perplexo frente a 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 destas 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 fase de adolescência Frankl dedicou-se a leitura dos pensadores naturalistas da época, entre estes, Wilhelm Ostwald, fundador da físicoquímica e Gustav Theodor Fechner, fisiologista experimental e psicofísico. Aos quinze anos leu o artigo de Freud intitulado “Além do princípio do prazer”, fascinando-se pela doutrina psicanalista (AQUINO, 2013 p. 16).

Quando tinha 13 anos decepcionou-se com seu professor de ciências que ensinava que a vida não passava de um processo de oxidação e combustão; esta concepção niilista estimulou com que Frankl questionasse seu mestre: “que sentido tem então a vida?” (FRANKL, 1989, p. 31).

Mesmo tendo herdado este pessimismo e desesperança, Frankl, aos 16 anos, realizou uma conferência com o tema o sentido da vida, iniciando a disseminação das primeiras idéias 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...”, demonstrando 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 freqüentando 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, publicando inclusive um artigo sobre esta corrente intitulado como 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 pode ser considerado 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, a referida leitura, causou-lhe um enorme impacto intelectual, pois através dela identificou um certo psicologismo na teoria adleriana. Foi também influenciado por outros teóricos da época, entre estes, Karl Jaspers, Martin Heidegger, Ludwig Binswangers e Martin Buber. Todos contribuíram para o projeto de rehumanização 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 a psicoterapia para as preocupações práticas, sendo que em 1927 fundou os 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 Pözl, 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).

Nos próximos dois anos 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. Neste período atendeu 12 mil pacientes depressivos. Esta experiência lhe conferiu grande habilidade diagnóstica, permitindo avaliar os pacientes em relação a possibilidade de alta precocemente, através da investigação 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. Nesta mesma época os doentes mentais eram vítimas de eutanásia, amparada por lei na Alemanha, tal prática, tinha como objetivo prevenir filhos hereditariamente doentes, sendo assim, 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, a qual era 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, manteve sua foto na sala de estar ao lado da foto de Freud e Heidegger.

Em 1942 Frankl foi conduzido junto a seus pais a estação de trem de Bauschowitz para serem levados ao campo de concentração de Theresienstadt, sendo que todos naquele momento estavam em pânico, no entanto seu pai recomendava que mantivessem-se animados para ter Deus por perto. O mesmo 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, 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, sendo que nunca perdeu 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 idéias 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, neste mesmo ano, foi nomeado chefe do departamento de neurologia da Policlínica de Viena, na qual conheceu a jovem enfermeira Elleonore Katharina com a qual casou-se no próximo ano. A mesma 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 e proferiu mais de duzentas conferências nos cinco continentes e escreveu 32 livros.

Recebeu vinte e nove títulos de Doutor Honóris Causa por diversas universidades do mundo e professor visitante em várias universidades entre estas Harvard e Stanford.

Faleceu aos 92 anos de doença cardíaca, sendo que antes da cirurgia enquanto seus familiares demonstravam aflição em relação ao procedimento e a 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 como a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido. Para 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). No que se refere 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 apresente. 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) diz que a vida tem uma direção ou sentido, sendo que se endereça à possibilidade de valor reservada a cada ser humano e em busca de realizá-la se vive a vida.

Na descrição de Frankl (2008), a logoterapia consiste em busca do sentido, surge para o mesmo como uma necessidade social, quando ele tinha acabado de sair do campo de concentração, no qual ficou por três anos 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, independente das circunstâncias, mesmo nas mais miseráveis, tem um sentido potencial (FRANKL, 2008).

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

Sendo assim, 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) ressalta que a logoterapia não pretende cruzar a fronteira entre psicoterapia e religião, mas deixa a porta aberta a esta, permitindo que esta escolha seja feita pelo paciente, considera que cabe ao mesmo, 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 ressalta que esta escola não constitui uma escola protestante, católica ou judia.

Ainda refere 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 tem objetivo e foco diferentes. A primeira se concentra na promoção da saúde mental e a última diz respeito a idéia de salvação. Além disso a logoterapia está disponível para todo e qualquer paciente, independente de seu credo religioso e sua visão de mundo, podendo ser teísta ou agnóstica (FRANKL, 2011).

No entanto, apesar da logoterapia não ter a intenção de influenciar na vida espiritual de seus pacientes, sabe-se que a mesma pode contribuir para ela através de um efeito colateral, não intencional, pois através do reconhecimento da dimensão espiritual da pessoa e de sua capacidade de transcendência, reconhece que a dimensão espiritual provê a pessoa de uma âncora que traz um sentimento de segurança que ela não poderia encontrar em qualquer outro lugar (FRANKL, 2011).

Para Frankl (2007) o sentido existe, no entanto, precisa ser encontrado e na busca pelo mesmo é a consciência que orienta a pessoa. Em resumo, para o autor a consciência é um órgão do sentido.

Observava que independente 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 mesmo 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 experiencia.

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 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). Apesar de existir uma unidade e integridade da chamada essência humana do ponto de vista antropológico, ontologicamente o ser humano apresenta 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, considerou 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, contudo, 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 pré-determinado por fatos de origem físicas e psicológicas, 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 a realização dessa existência envolve elementos tanto fisiológicos como psicológicos e, apesar de ser uma unidade psicofísica, corpo e mente essas não constituem a totalidade humana. A totalidade do ser humano

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 descrito anteriormente o autor escreveu 32 livros, a seguir uma breve descrição das suas principais obras:

“Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração”, foi esta a sua primeira obra, seguida de outras como “Um sentido para a vida: psicologia e humanismo”, “Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva”, “Dar sentido à vida: a logoterapia de Viktor Frankl”, “Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia”, “La voluntad de sentido”, “A presença ignorada de Deus” e “El hombre em busca del sentido último: el análisis existencial y la consciencia espiritual do ser humano.”

Em seu primeiro livro inicia estudo do comportamento humano em face das piores atrocidades e sofrimentos, fruto de sua experiência e desafiou-se a encontrar um sentido maior nessa tragédia. Frankl (2008) relata nesse livro que, as palavras de Dostoievsky (escritor russo do século XIX, considerado um dos maiores romancistas de todos os tempos e um dos pais do existencialismo): “Temo somente uma coisa: não ser digno do meu tormento”, freqüentemente 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; dessa forma surge no lugar do automatismo do aparelho a autonomia da existência espiritual.

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 e 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 psico-biológica, 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 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, ainda aprecia como essencial para o ser humano estar voltado para algo ou alguém, entende que dessa forma que se encontra consigo mesmo, e reitera 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.

Frankl em sua teoria motivacional 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 dos mesmos, 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 o mesmo 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 mesmo, 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. É sentido e vivenciado em inúmeras circunstâncias da existência humana. Emerge diante de situações peculiares e às vezes difíceis pelas quais a pessoa passa na vida. Está presente em momentos de proximidade com a morte das pessoas, pode ser observado diante dos vários lutos e perdas vividas ao longo da vida (FONTOURA, 2013).

Sua obra 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. Considera que através da reflexão a pessoa descobre missões e o propósito de sua existência. Nos diz o que vamos construindo e é regida pela autodeterminação (REYNOLDS, 2013).

O existencialismo se caracteriza por não dar respostas, oferece apenas maneiras de alcançá-las. Frankl parte dessa gênese, a 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, ainda ressalta que o sofrimento é inevitável, porém, a forma que 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 colaborar tanto para o autoconhecimento do profissional quanto daqueles de quem cuida, levando a 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, ainda considera 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 assumir frente a esta realidade humana.

Frankl ainda ressalta:

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).

Para 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 adocece, uma vez que ele é a força potencial que colaborará no processo de transição no adoecimento. O mesmo 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 a 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 das 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 a pessoa responsabilidade por si mesmo e pelos outros, como também, a torna alvo da liberdade dos outros (FRANKL, 2007).

A certeza da morte, afirma Kovács (2002), ligada à incerteza de sua hora, quando refletido, é fonte de ansiedade durante toda 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 autora denominou de “morte invertida”, isto é, leva a pessoa ao não enfrentamento do processo de morte, implicando o aumento do medo diante da mesma.

A partir do momento 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 da mesma. 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 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, pois estando ele consciente de seu sentido de vida, passa a observar e valorizar as características únicas que ocorrem de maneira inédita e 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 auto-realização; que 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 deste 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 por usar o 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 a pessoa e 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, se descrever 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, relacionar-se com o outro, fenômenos estes 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, se caracteriza por 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 pesquisadoras e teóricas 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, 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 simplicidade presentes no real vivido, considerando que a percepção nunca é instantânea, pontual, isolada, no entanto, 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 esgotam 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 do paciente em cuidados paliativos, que será compreendida na dimensão da experiência vivenciada e percebida.

4.2 Contextualizando o local da pesquisa

A presente pesquisa realizou-se numa cidade que localiza-se no sul do estado do Rio Grande do Sul no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico que pertence 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, na qual tem um 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 referido hospital 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, neste 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, 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 o qual denomina-se Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico, implantada em abril de 2005 no município de Pelotas com uma equipe e ampliado em 2011 para duas equipes, tal programa veio somar no cuidado a pessoas vinculados aos serviços de oncologia do município de Pelotas que apresentem necessidade de atenção para tratar as intercorrências relativas ao tratamento de câncer, náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, desidratação e da própria doença como dor, cansaço, dispnéia, tristeza, sonolência, insônia e desnutrição, fechando 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 a estas pessoas de forma interdisciplinar, visando o cuidado integral e humanizado, considerando o usuário e sua família como protagonistas neste processo.

O PIDI também realiza ensino, pesquisa e extensão com inserção acadêmica nas áreas de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia.

O PIDI Oncológico é formado por duas Equipes de Referência composta 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, assistente social e conselheiro espiritual (teólogo) que realizam visitas semanais.

Tanto o PIDI quanto o Melhor em casa compartilham de uma sede na qual funciona uma central de atendimento. Além da inserção acadêmica de alunos da enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e nutrição que realizam visitas junto à equipe de acordo com 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 usuário, o qual denomina-se de cuidador, sendo marcada a primeira avaliação.

As equipes assumem de forma integral a assistência a estas pessoas, fornecendo inclusive os medicamentos prescritos e insumos necessários à assistência. Quando houver a 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 a pessoa um resumo clínico com relatório sumário de todo atendimento.

No PIDI semanalmente, as equipes reúnem-se em horário predeterminado, no qual são discutidos todos os pacientes, levando em consideração a avaliação de cada profissional e construído um Projeto Terapêutico Singular a partir das

necessidades levantadas e discutidas pela equipe. A coordenadora da equipe registra em uma planilha as condutas pré-estabelecidas na reunião, sendo que 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. As mesmas ocorrem na sede do Programa, na qual são criados espaços de discussão entre a equipe e os cuidadores com o objetivo de troca de experiências, compartilhamento da terapêutica e também para os cuidadores expressarem 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 é socializado entre a equipe. Torna-se muito interessante este compartilhamento, pois observa-se 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 pessoas que está sendo atendida e seu cuidador, 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, no que diz respeito a Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e as proibições nos artigos

94 e 98⁴. 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 29/05/2014 (Anexo 1). Antes da coleta das informações de cada participante foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pela pesquisadora sendo prontamente assinado em duas vias por todos os participantes que aceitaram contribuir com as informações, sendo que uma via ficou com os mesmos e a outra ficou com a pesquisadora. Os participantes foram identificados da seguinte forma: pessoas que estão em cuidados paliativos pelas letras CP seguido pelo número que se refere à ordem da entrevista e profissionais pela letra P também seguido pelo número que se refere à ordem da entrevista.

¹ 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 estas pessoas e suas famílias neste processo de terminalidade.

Para a realização da pesquisa foram previamente estabelecidos os seguintes critérios para participação:

Pessoas em cuidados paliativos

- 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.

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. Dois após a abordagem da pesquisadora 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 as pessoas em cuidados paliativos as entrevistas aconteceram em seus domicílios no local escolhido por eles. Foram guiadas por uma questão de aproximação e por duas questões norteadoras (Apêndice B). Todas estas informações foram gravadas em mídia digital e transcritas logo em seguida.

No que se refere aos profissionais convidados, todos aceitaram participar do estudo. Com estes também foram agendadas, previamente, as entrevistas, sendo quatro realizadas em salas reservadas nas dependências do hospital e duas realizadas 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 subseqüentes às entrevistas. Para cada hora de gravação das falas levou-se, em média, quatro horas de transcrição. No que se refere as pessoas em cuidados paliativos seis eram do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade dos homens variou de 44 a 72 anos e a das mulheres de 36 a 68 anos. No que se referiu à ocupação três estavam aposentados e os demais em licença de saúde.

A idade dos profissionais variou de 29 a 59 anos, sendo uma enfermeira, um cirurgião dentista, uma psicóloga, uma médica clínica, uma nutricionista e uma assistente social. O tempo de atuação no PIDI Oncológico foi de dois anos e meio a nove anos.

Em relação a participação em alguma religião, entre as pessoas em cuidados paliativos, duas declararam não pertencer a nenhuma religião, uma referiu 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 de 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 a pessoa e equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.

Num período de três semanas a pesquisadora acompanhou as visitas as 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 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 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 foi utilizado o diário de campo 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, sendo que, 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. 1). Segundo Ricouer (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 o compreender 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. Sendo que, envolve mais que 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 no substantivo *hermeneia*, que significa interpretação. Tem-se também 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, ainda ressalta que o que vem em primeiro lugar não é a reflexão acerca do sentido dado em cada ocasião, sendo que, 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. Ainda 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, traz um pensamento com novos delineamentos com possibilidade de ser compreendido a partir do contexto da história de vida e das reflexões realizadas das inúmeras correntes filosóficas, tanto afins como contrárias. Ao ler suas obras percebe-se o diálogo que manteve com as diferentes correntes da filosofia. Buscou traçar a sua própria trajetória filosófica, a qual caracteriza-se por ser instigante, aberta, procurando um diálogo com outras posições filosóficas em cuja mediação é possível compreender a sua postura.

Ainda o autor contribui com a hermenêutica embasada na dialética entre explicação e compreensão mediada pela interpretação, 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 (RICOUER, 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. Sendo também de compartilhamento de emoções, carinho, gratidão e troca de saberes expressados a partir da experiência vivida de cada um.

Após a coleta das informações através da entrevista e da observação foi realizada a descrição das mesmas, 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, 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 seguiu-se os passos orientados pela interpretação hermenêutica de Paul Ricoeur (1978):

1. Elaboração do texto: 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 à 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: também denominada sensibilidade manifesta, considerada a última fase da hermenêutica, 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, considerando o que foi dito e também o que não foi dito durante o discurso elaborando 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

As informações serão apresentadas a partir da apresentação das informações colhidas durante a observação, as quais foram registradas no diário de campo e na sequência os dados oriundos da entrevista fenomenológica que foi aplicada tanto para as pessoas em cuidados paliativos como também para os profissionais que as cuidam na busca de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção a pessoa e equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.

5.1 Observações sobre as pessoas em cuidados paliativos

Pessoa em cuidados paliativos 01: CP1

Idade de 68 anos, sexo masculino, aposentado como comerciante e relata não pertencer a nenhuma religião.

Diagnóstico clínico: tumor de pulmão

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

Durante o primeiro contato, acompanhando a equipe de cuidados paliativos, 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 o mesmo pediu para sua esposa anotar o meu telefone, sendo que, no início da semana que havíamos marcado para a entrevista o mesmo enviou recado pela equipe que o atendia para que fosse logo, porque gostaria muito de contribuir com a pesquisa, no entanto estava com medo de não dar tempo por conta da gravidade de seu estado de saúde. Foi então que antecipei a entrevista.

Ao chegar no domicílio fui recebida pela sua esposa, que mostrou-se feliz com a minha presença e relatou que o mesmo 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 mesmo encontrava-se acamado, mostrou-se receptivo 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 mesmo 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, apresentava a boca seca, ofereci água várias vezes.

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

Nos despedimos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 02: CP2

Idade 71 anos, sexo masculino, aposentado como supervisor de vendas, refere ser espírita.

Diagnóstico clínico: tumor de cabeça e pescoço

Primeiro contato feito através do acompanhamento da equipe, pessoa acompanhado pela esposa, ambos 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 acomodou-se na mesa para tomar o café juntamente com os demais, relatou que sentem-se muito sozinhos porque os filhos estão casados e moram fora da cidade.

Ao ser apresentada pela equipe, a pessoa prontamente mostrou-se interessado em participar da pesquisa.

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

Ao despedirmos marcamos a data para a entrevista.

No dia agendado fui novamente recepcionada pelo paciente e sua esposa, ambos permaneceram juntos durante a coleta das informações, nos sentamos 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 a pessoa mostrou-se disposta e satisfeita em falar de sua experiência, teve momentos em que se emocionou, chorou e relatou que sentia-se segura com a presença de sua esposa.

No final agradeceu, me acompanhou até a porta e perguntou se poderia chamar se sentisse necessidade em falar novamente sobre o assunto, deixei o telefone e me coloquei à sua disposição. Nos despedimos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 03: CP3

Idade 62 anos, sexo feminino, profissão do lar, refere não ter religião

Diagnóstico clínico: linfoma

O primeiro contato foi realizado juntamente com a equipe de cuidados paliativos, sendo que, a paciente mesma abriu a porta para a equipe e mostrou-se também receptiva com a presença dos profissionais, fui apresentada pela enfermeira e a mesma referiu que gostaria de participar, no entanto, não sabia se iria contribuir.

Após o atendimento, marcamos a data para a entrevista.

Ao chegar na casa no dia marcado, novamente fui recebida pela paciente que convidou-me a sentar na sala, local em que a mesma já estava sentada fazendo crochê.

Ao iniciarmos a conversa a mesma relatou que tinha dificuldade em falar a respeito da espiritualidade, no entanto com o aparecimento da doença, sabia que era importante abordá-lo 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 se sentisse tal necessidade, deixei o número do telefone e coloquei-me à disposição. Nos despedimos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 04: CP4

Idade de 54 anos, auxiliar de enfermagem, refere ser Católico.

Diagnóstico clínico: tumor gástrico avançado

Fiz o primeiro contato acompanhando a equipe de cuidados paliativos, momento em que fui apresentada a pessoa e sua família, expliquei o motivo da visita e prontamente o usuário 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 prontamente aceitou.

O mesmo segurava o tempo inteiro um terço em sua mão. Conversou calmamente, enquanto recebia a dieta pela sonda.

Ao final da conversa mostrou 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.

Nos despedimos com um abraço.

Pessoa em cuidados paliativos 05: CP5

Idade de 54 anos; sexo masculino, Policial Militar aposentado da Brigada Militar, refere ser católico.

Diagnóstico clínico: tumor de intestino

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

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

O mesmo convidou 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 para conhecer sua casa, já 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 e que atualmente sente-se muito satisfeito pela escolha de vir morar em Pelotas pelo 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

Idade de 68 anos, telefonista aposentada, religião evangélica.

Diagnóstico clínico: tumor de mama

Primeiro contato realizado através do acompanhamento da equipe de cuidados paliativos, fui apresentada pela médica da equipe, abordei o assunto da pesquisa e prontamente a usuária demonstrou interesse em participar, combinamos então, a próxima semana conforme disponibilidade da mesma.

Na data marcada fui recebida pela participante na cozinha de sua casa, mostrou-se receptiva, acolhedora e sorridente, convidou para um café e água. Observei que em todos os armários da cozinha havia adesivos com frases alusivas à 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 refere que sente que o mesmo precisa dela.

Também falou da relação que mantém com os irmãos, que um deles é mais próximo, sempre liga para saber notícias, inclusive durante a conversa recebeu uma ligação do mesmo.

Durante a entrevista várias vezes segurou a minha mão .

No final da conversa, agradeceu e elogiou o trabalho da equipe de cuidados paliativos, referiu 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 telefone e perguntou se poderia ligar se houvesse necessidade em conversar com mais alguém além dos profissionais que a atendem, prontifiquei-me a retornar se houvesse a necessidade por parte dela.

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

Pessoa em cuidados paliativos 07: CP7

Idade 44 anos, sexo masculino, motorista de caminhão, refere não pertencer a nenhuma religião.

Diagnóstico clínico: tumor de intestino

Tivemos o primeiro contato através do acompanhamento da equipe em um atendimento, fui apresentada pela enfermeira e expliquei o motivo da visita, o mesmo demonstrou interesse em participar do estudo, então agendamos a entrevista para a semana seguinte.

Quando cheguei em 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 cunhado que estava o acompanhando (à distância).

Quando entrei na sala observei que o mesmo estava olhando a sua frente para uma televisão que encontrava-se desligada.

Ao cumprimentá-lo apertando sua mão, o mesmo referiu-me que estava a minha espera, que 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 TV e ele respondeu que não tinha mais paciência.

Apresentava-se icterico, com distensão abdominal importante e edema em membros inferiores. Referiu sentir-se bem atualmente depois de estar sob cuidados da equipe do PIDI Oncológico.

Fala em espanhol, é uruguaio de origem, porém devido ao longo tempo que mora no Brasil, articula as palavras lentamente, o que facilita o entendimento.

Durante a entrevista pede para que lhe alcance um copo com água pois encontra-se 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, fui até o fundo do pátio para que o cuidador abrisse o portão para minha saída.

Pessoa em cuidados paliativos 08: CP8

Idade 60 anos, sexo masculino, empregado rural, refere 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 mesmo prontificou-se em participar, foi então que 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, local no qual o mesmo estava hospedado para receber o tratamento pela equipe do PIDI Oncológico, pois o mesmo mora na campanha e não teria acesso a este serviço que cobre apenas a região urbana do município.

A senhora então conduziu-nos ao quarto onde estava o paciente que encontrava-se 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, referiu que ficava com a boca seca pelo uso da morfina.

Relatou que sentia-se chateado por estar acamado, no entanto, quando tentava levantar sentia-se fraco e tinha tonturas, inclusive referiu que havia 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 a mesma o cuidava com carinho, inclusive durante este relato, emocionou-se e chorou.

Disse que ainda tem esperança de retornar a sua casa na campanha 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, a mesma relatou a dificuldade e cansaço que sentia, porque tinha que cuidá-lo sozinha e que não sabia como proceder se 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

Idade de 36 anos, sexo feminino, profissão safrista e religião católica.

Diagnóstico clínico: tumor cerebral

Primeiro contato feito através do acompanhamento da equipe de cuidados paliativos, fui apresentada pela médica da equipe, expliquei o motivo de estar acompanhando a equipe e convidei-a a participar do estudo, a mesma respondeu positivamente e então agendamos a entrevista para duas semanas a partir da data conforme disponibilidade da usuária.

Na data agendada fui recebida pela paciente e sua irmã que apresentou-se como 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 da usuária que é cuidado pela irmã e o filho da usuária de um ano de idade.

A participante encontrava-se sentada no sofá da sala com o bebê no colo. A mesma sugeriu-nos que fôssemos para o quarto da mãe dela para iniciarmos a conversa e pediu-nos que a irmã a conduzisse, ofereceu-se para auxiliar no transporte e ela entregou-me o bebê para que 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, sendo que, a mesma apresentando muita dificuldade em articular as palavras, porém com muito interesse em participar da pesquisa. Durante a conversa fomos várias vezes interrompidas pela presença do sobrinho que a mesma referiu ser hiperativo.

Após desligar o gravador a participante chorou muito e referiu 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 em conversar sobre a sua espiritualidade e colocou-se à disposição.

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 Paul Ricouer (1978) na busca de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção ao usuário em cuidados paliativos e equipe interdisciplinar de cuidados paliativos a partir do referencial de Viktor Frankl, a partir da experiência vivida dos participantes, emergiram duas categorias dos relatos das pessoas em cuidados paliativos, as quais foram subcategorizadas e também duas categorias dos relatos dos profissionais, também subcategorizadas.

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 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 nascimento não tivemos que nos preocupar, pois, a natureza agiu sabiamente e tiveram 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 freqüentava 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 um 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 os remeta à espiritualidade, ou seja, a terminalidade da vida, para as pessoas em cuidados paliativos, é apenas a morte física de um indivíduo, sendo que 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, sendo que 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 a grande diversidade de religiões que tem-se em nosso país, todas as religiões pregam a continuidade da vida, para os cristãos a morte conduz a alma ou espírito para outra dimensão, ou ainda, junto de Deus. Já a doutrina espírita, o budismo, o induísmo e o taoísmo atribuem a possibilidade de reencarnar, ou seja, do espírito retornar a terra a partir do nascimento de um novo ser. Independentemente da religião esta é uma forma de atribuir sentido a 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, o que se caracteriza pelo encontro de um objetivo ou explicação para a situação, podendo recorrer à atividade laboral, projetos de vida, 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.

Através da espiritualidade é atribuído sentido ao sofrimento, aliviando-o e considerando a fé, a oração e a meditação como suporte para o enfrentamento proporcionando inclusive melhora nos sintomas após esta prática e ainda reforçando que com a doença a fé foi intensificada.

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).

Pra 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).

Observa-se que todos os participantes referiram que junto à doença veio a intensificação da fé e com isso o alívio, fortalecimento, melhora, confiança e esperança.

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 ao sofrimento (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 a 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 supra-sentido. Só é apreendido pela fé, pela confiança, pelo amor (FRANKL, 1989). Ou seja, o supra-sentido 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 de cada pessoa faz com que o processo de morte também seja uma experiência individual que pode ser vivenciado de maneiras diferentes por cada uma, 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 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 o encerramento (FRANKL, 1993).

Sabe-se que o grande facilitador deste 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 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 estas pessoas compreendam a naturalidade da morte.

Este sentido de naturalidade da morte é referido pelos participantes que a vêem como uma virada de página ou um sono, sendo que esta sensação é intensificada com a doença, que percebem que é inevitável a todos os seres vivos, porém visto 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 pra 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 (U6).

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 traz esta tranquilidade que leva estas pessoas a não sentirem medo da morte, inclusive permite que este assunto seja abordado pelos pacientes com seus familiares, possibilitando, um certo preparo para este momento, conforme expresso por um participante quando refere a necessidade de “deixar tudo pronto”. Esse preparo pode ser entendido como um meio também, de encontrar esse conforto espiritual porque sabe que aqueles por quem tem afeto, ou são seus dependentes, ficarão amparados e 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 a qual nunca faltará à pessoa que buscá-la, através do exercício de transcendência, o qual caracteriza-se pela capacidade exclusivamente humana de buscar algo fora de si. Isto ocorre através da relação com Deus a partir da oração, prece, ou simplesmente uma conversa. Frankl (2007, p.112 e 113) define Deus como o parceiro dos nossos mais íntimos diálogos conosco mesmo. 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, independente 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 no 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 estar viva 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, no entanto, demonstrando 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 pequenininho tinha 6 meses quando eu fiquei doente, agora já está com um ano, ele é muito pequenininho, até a teta tive que parar de dar pra ele por causa dos remédios. Tenho esperança de ficar mais um tempo pra cuidar do meu pequenininho, 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 terem noção da iminência de sua finitude, de sua morte física, que tem-se 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 a reestruturação no sentido da valorização da sua existência. Sendo assim, embora não ocorra à morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a resignificação 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 contar com alguém que o escuta e o compreende sem julgamento e ainda considera importante todas as suas demandas e dores, e também consegue fazer com que a pessoa dê a tudo aquilo que expressa um significado para a sua existência, certamente contribui para que, uma vez tratadas suas demandas, ela consiga, com mais tranquilidade, aceitar a morte. Podendo 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 Cecily Saunders busca valorizar a pessoa em todos os dias de sua existência, proporcionando alívio dos sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais, caracterizando-se por uma atenção de pouca tecnologia e muito contato, sendo orientado pelo saber científico, no entanto, 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 esta 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 divide-se nas seguintes subcategorias:

5.3.1 Conforto e fé através proporcionados pela espiritualidade;

5.3.2 Presença de Deus;

5.3.3 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, sendo que 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. Aprendi 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 referida 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 dando o sentido de

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

Observa-se que no relato de CP4 que se diz católico, 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 a 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 é 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 proporciona um melhor controle interno frente às situações de terminalidade. Sabe-se que as religiões oferecem soluções para o dilema da morte, controle este, atribuído à presença de Deus independente da crença religiosa da pessoa. A prática espiritual torna-se uma estratégia de recuperação de forças perdidas durante a experiência de sofrimento. Neste contexto, as crenças e práticas religiosas atendem a necessidade da pessoa de ter uma expectativa para o futuro (BOUSSO, et al, 2011).

Sentido da presença de Deus é vivenciado pelos participantes de diferentes formas que tem 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 tem 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 seja 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 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, vôo 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 vem 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, ainda fazem uma analogia à saúde física e espiritual, considerando a necessidade desta 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 a esta força, ainda reforçam que sem esta presença, é mais difícil enfrentar esta doença (CARDOSO, 2013).

Segundo Frankl e Lapidé (2005), a pessoa que possui uma crença apóia a consciência na instância divina. Já a que não possui, obedece apenas sua

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 também necessitam dessa relação, entretanto, eles afirmam estarem 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, sendo que, atualmente esta necessidade está muito mais presente e com isso faz com que apareçam os mercenários espirituais⁵ que oferecem serviços de forma enganosa a estas pessoas que estão fragilizadas pela doença.⁵

⁵ 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, ainda ressaltam que sentem que estas atitudes auxiliam no tratamento. Num relato é feito uma observação de que no hospital é mais difícil de ter a abordagem da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde, já na atenção domiciliar esta prática é mais presente.

Ainda 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 chamou-nos a atenção para a importância do profissional participar junto ao capelão, da abordagem da espiritualidade, inclusive de orações, sendo que estas ações elevam a confiança do usuário na equipe e lhe traz 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 vem 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 dos 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 entende-se 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 à doença e à 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, fato 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. Fato que justifica a necessidade do cuidado espiritual, o qual é reforçada sua importância pelos participantes que encontram-se 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 em categorias e subcategorias provenientes 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 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. Sendo que, na primeira a pessoa se realiza mediante um fazer, na segunda, ele se realiza através de uma passiva acolhida (pela música); 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 pra 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 atribuído a vida e a espiritualidade como sendo diferente 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. pp. 192-193).

Para Frankl (1993) a espiritualidade proporciona uma sensação de amparo, e como para-efeito promove alívio psico-higiênicos. Seja religioso 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 um sentido para a mesma. “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 fortalece e serve como suporte para a família e 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 idéias e compartilhamento das angústias com colegas da equipe (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Na visão dos profissionais a espiritualidade influencia no 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 deste processo de despedida, tanto para o paciente como para a família, ainda ressaltam que 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 pra 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 pra 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 tranqüila, pra 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 dele 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 visão dos profissionais, através da espiritualidade os pacientes, seus familiares e eles próprios encontram sentido que atenda a necessidade de encontrar algo para além da doença e que possa em algum momento fortalecer o espírito, tanto para essa quanto para uma outra dimensão, servindo de apoio para elaborar o entendimento e aceitação do processo de morte.

A iminência de morte tem um efeito devastador na vida do doente e 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, o sofrimento atravessará o seu caminho. 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).

A vida tem sentido como um todo, então o sofrimento inevitável tem também seu sentido. O sofrimento faz parte da vida. Deve-se ressaltar aqui que a dor que pode ser evitada deve ser evitada, do contrário seria masoquismo (FRANKL, 1993). O sentido é possível mesmo se há sofrimento. E, de fato, há situações, por exemplo, em estados de doença terminal, nas quais a única possibilidade que resta ao ser humano é a de se posicionar com dignidade (FRANKL, 2006).

5.4.3 Sentido ao trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos

Cuidar 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 por esta pessoa e sua família é uma forma de compensar os profissionais que prestam os cuidados paliativos que desenvolvem 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 levando a ressignificação de ações destes 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 resignificar. 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 idéia 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 tranqüilo, mais digno, porque além da parte clínica é necessário este lado espiritual (P6).

A partir do momento em que escuta-se, com interesse genuíno, a pessoa com iminência de morte, partilha-se suas angústias, percebe-se que, assim como ele,

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 seus sintomas físicos. O trabalho com os pacientes terminais demanda do profissional uma capacidade de lidar com a frustração e com a dor do entrelaço 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 apresentam 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).

Kubler-Ross (1996) em sua obra já expressava a importância dos 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 em 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 (KUBLER-ROSS, 1996 p.33).

A inclusão da espiritualidade na prestação de cuidados em saúde 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, por isso é responsável por um atendimento fragmentado (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

Faz-se necessário que a equipe multiprofissional esteja apta para atender as demandas, oriundas dos pacientes em cuidados paliativos, de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevivência 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 melhor compreendida (VAILLANT, 2010).

A rotina de trabalho e a experiência conquistada na atenção a pacientes 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, 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 o paciente também beneficiará sua família e a equipe de saúde, as quais convivem com situações de estresse tanto pessoal, 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, compete habilidades além da técnica, faz-se necessário ajuda mútua, um potencializando o outro e todos ajudando os pacientes e seus familiares (DOMINGUES et al, 2013).

Neste 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 pacientes em cuidados paliativos em seus domicílios.

Esta divide-se 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 através 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, reconhecendo-a então como um importante recurso terapêutico. Ainda foi relatado também pelo profissional o pensamento positivo em situações em que há a necessidade de resolução rápida, assim como, o exercício de transcendência, quando busca auxílio à Deus, que segundo a informação é sempre atendido.

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 estamos num mundo em que a tendência individualista está muito forte, porém 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 as 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 consideram que algumas pessoas são mais espiritualizadas que outras, no entanto todos têm o componente espiritual como uma presença íntima e singular de cada pessoa, fazendo parte da nossa vida.

Enquanto o trabalhador está realizando o cuidado, também mobiliza os seus sentimentos e o 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 isto implica também considerar e cuidar daquilo que não é visível e palpável.

Na busca da compreensão das relações existentes entre a espiritualidade, a religião e a ciência, entende-se que a ciência, por sua vez, 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 as 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 disto, 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 incluía o ser humano em sua totalidade, em sua pluralidade unificada e significativa, em sua singularidade integralmente humana ao longo do desenvolvimento de sua abordagem, se empenhou 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 sem limites 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 desenvolve-se 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 trouxe novamente a possibilidade de humanizar o morrer. A morte volta a ser vista como parte integrante da vida, os tratamentos devem estar focados 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 centrado na possibilidade de oferecer ao paciente a chamada boa morte, na qual considera-se o alívio dos sintomas, conforto, 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 as 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, atuar na fronteira entre a vida e a morte, deve dispor como ferramentas além da técnica a cultura e a arte, assumindo, assim, 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 re-humanizar a medicina, sustentando que no relacionamento clínico era preciso estar atento a todas as dimensões da personalidade humana, ainda sustentou que a dimensão espiritual não seria afetada pela doença física, servindo então, 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 estes 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, e 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 fez com que acreditassem que a vida não termina com a morte e a espiritualidade é o que os apóia, sendo que 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 resignificar 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 que 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 ele 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 a pessoa, relacionalmente e existencialmente, que ela vivencie seus valores e a si mesmo, experienciando seus sentimentos e emoções, visando o 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 a 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 podem contribuir para a apreciação mais objetiva das necessidades espirituais (CALDEIRA; CASTELO BRANCO; VIEIRA, 2011).

Na vivência dos profissionais também é referida a falta de formação para a abordagem da espiritualidade, sendo então negada, pois não é identificado quem possa oferecer atenção a esta necessidade, ficando então uma lacuna no cuidado. A partir do momento que integraram a equipe de cuidados paliativos não foi mais possível deixar de atender a esta demanda.

A gente não é preparado pra 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 fosse 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 encontra-se 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 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, 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 isso 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 serem entendidas 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 à partir deste estudo

Considerando-se a tese de que a espiritualidade proporciona o encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais da equipe que o cuidam, sugere-se a inclusão desta em todos os cenários da saúde, já que a morte faz parte da vida e que, em cuidados paliativos, defende-se que a pessoa tem o direito de ter vida até o momento de sua morte e que sua família necessita ser acompanhada, inclusive após a morte física de seu ente querido, ou seja, no processo de luto.

Para tal faz-se necessário que o cuidado espiritual seja contemplado considerando-se o cuidado integral partindo-se de que a pessoa que recebe este cuidado é composta pelas dimensões física, emocional, social e espiritual.

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

Respondendo a este questionamento sugere-se incluí-la:

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, assim como, também pode ser um ponto de encontro para os estudantes da área da saúde. Sabe-se que na prática são raros os momentos comuns entre os estudantes dos mais diversos cursos que compõem a área da saúde.

Sugere-se que nestes encontros seja apresentado 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 já que para o autor a essência 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 estes encontros, que se caracterizam por momentos de aproximação entre os estudantes e de reflexão a respeito de suas vidas, como também, de como podem se posicionar frente a atenção as pessoas nas mais variadas situações de suas vidas, inclusive no processo de terminalidade. Entendo que é importante mobilizar o potencial humano individual de cada estudante.

Acredito que os estudantes da área da saúde necessitam estudar juntos, trocar idéias, experiências e saberes para que quando profissionais possam trabalhar em equipe interdisciplinar de forma integrada e complementar atendendo as 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.

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 criar um espaço para reflexão sobre os dilemas existenciais, os quais são comuns nos tempos atuais.

Sabe-se que este investimento tem sido empreendido pelas grandes instituições no mundo, como uma prática que leva a 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 e que estes nem sempre conseguem transpor tais situações de forma saudável, sendo que, muitas vezes tornam-se pessoas frias e tecnicistas como forma de proteção.

Entende-se que a espiritualidade atravessa todas as instâncias do viver humano, uma vez que celebra-se 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 também de ensino com equipes de saúde que atuavam dentro de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, foram momentos de trocas de afetos e saberes que contribuíram para a harmonia de todos os envolvidos.

Grupos de estudo de espiritualidade às equipes que atuam em cuidados paliativos

A atuação de equipe interdisciplinar em cuidados paliativos é fundamental para o sucesso na atenção as pessoas e seus familiares que estão vivenciando o processo de finitude da vida. Faz-se necessário, discussão em equipe para além das questões técnicas do cuidado, como foi mostrado neste estudo, leva os profissionais a refletirem sobre sua própria existência. Para tal propõe-se que sejam organizados encontros para o estudo da espiritualidade com uma proposta aberta, no entanto organizada, com o objetivo de servir como suporte a estes 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 que teve bons resultados, pois a equipe trabalha de forma harmônica e demonstra maturidade para a resolução de conflitos que são inerentes ao processo de trabalho em saúde.

Este grupo foi proposto e coordenado pela pesquisadora, sendo que, por motivo do desenvolvimento da tese, estes encontros estão suspensos desde 2013. No entanto, foi unânime por parte dos participantes a solicitação de retomada dos estudos referentes ao tema. Os estudos deverão ser reiniciados assim que ocorrer a defesa da tese.

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 deste, propor o cuidado desta demanda, conforme a necessidade apresentada, acolhendo sugestões da própria pessoa e sua família.

Sabe-se que a espiritualidade foi incluída no Diagnóstico de enfermagem da NANDA, por três diagnósticos que estão relacionados, são eles: 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 e acredita-se que ocorre um efeito cascata, sendo a espiritualidade pouco valorizada na formação, refletindo então à sua negação na prática do cuidado pelos profissionais da saúde.

Pesquisa

Sabe-se que no mundo inteiro tem aumentado o interesse no estudo da relação entre espiritualidade e saúde, em nosso país, apesar de ter aumentado o número de estudos nos últimos anos, ainda é incipiente, considerando que temos 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 uma outra forma de ver o universo dos acontecimentos numa nova perspectiva, muitas vezes reduzida a uma visão tecnicista, onde 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.

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 a pessoa e 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 estes cuidados por serem pacientes com câncer em estágio avançado e seis profissionais da equipe interdisciplinar que estavam atendendo estas pessoas e suas famílias neste processo de terminalidade.

Em relação aos profissionais, todos se mostraram disponíveis e satisfeitos em participar do estudo. A idade dos profissionais variou de 29 a 59 anos, sendo uma enfermeira, um cirurgião dentista, uma psicóloga, uma médica clínica, uma nutricionista e uma assistente social. O tempo de atuação no PIDI Oncológico foi de dois anos e meio a nove anos.

Das pessoas em cuidados paliativos, seis eram do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade dos homens variou de 44 a 72 anos e das mulheres de 36 a 68 anos. No que se referiu a ocupação, três eram aposentados e os demais em licença saúde.

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

As informações emergiram a partir da observação de peculiaridades de cada pessoa em cuidados paliativos em seus domicílios com a utilização do 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 e também da entrevista dos profissionais que cuidam destas pessoas.

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 à partir de um conceito individual chegando ao conceito 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.

Através da experiência vivida tanto pelas pessoas em cuidados paliativos, como pelos profissionais que as atendem, entende-se que a espiritualidade se mostra no encontro existencial que ocorre durante esta aproximação entre a pessoa em cuidado paliativo e o profissional de saúde que a atende.

Para análise das informações utilizou-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 no qual foi exposto, o sentido da espiritualidade no processo de terminalidade da existência física, emocional e social das pessoas e no acompanhamento das mesmas por 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 que acomete as pessoas que estejam 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. Sendo então a espiritualidade o 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 terminalidade da vida é

apenas a morte física de um indivíduo, sendo que existe algo muito além do viver humano.

Buscar na espiritualidade sentido para a morte é comum a grande diversidade de religiões que temos em nosso país, todas as religiões pregam a continuidade da vida, para os cristãos a morte conduz a alma ou espírito para outra dimensão, ou ainda, junto de Deus. Já a doutrina espírita, o budismo, o induísmo e o taoísmo atribuem a possibilidade de reencarnar, ou seja, do espírito retornar a terra a partir do nascimento de um novo ser.

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

Através da espiritualidade é atribuído sentido ao sofrimento, aliviando-o e considerando a fé e a oração como suporte para o enfrentamento, proporcionando inclusive melhora nos sintomas após esta prática e ainda reforçando que com a doença a fé foi intensificada. Todas as pessoas em cuidados paliativos referiram que junto à doença veio a intensificação da fé e com isso o alívio, fortalecimento, melhora, confiança e esperança.

A espiritualidade também 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 levando a ressignificação de ações destes profissionais.

Entende-se que a singularidade de cada pessoa, faz com que o processo de morte, também seja uma experiência individual que pode ser vivenciado 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 de vida tem relação com o medo do desconhecido e com a falta de sentido. Sabe-se que o grande facilitador deste processo é a atuação de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos com um vínculo efetivo e afetivo com a pessoa 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 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 estas pessoas compreendam a naturalidade da morte.

Este sentido de naturalidade da morte é referido pelas pessoas que a vêem como uma virada de página ou um sono, sendo que esta sensação é intensificada com a doença. Percebem que é inevitável e comum a todos os seres vivos, porém visto com tranquilidade como um processo que faz parte da vida.

A morte também pode significar alívio de sofrimento tanto para a pessoa que está em cuidados paliativos como para sua família e ainda atribui-se que a tranquilidade perante este momento se refere à confiança depositada em Deus.

Observa-se que a confiança em Deus traz esta tranquilidade que leva as pessoas a não sentirem medo da morte, inclusive permite que este assunto seja abordado junto a seus familiares, possibilitando um preparo para este momento conforme expresso por um participante quando refere a necessidade de “deixar tudo pronto”.

Na visão dos profissionais a espiritualidade além de servir de suporte neste difícil período da vida também proporciona o entendimento com tranquilidade deste processo de despedida, tanto para a pessoa como para a família, ainda ressaltam que independe da presença de alguma religião. Observa-se que, na visão dos profissionais, através da espiritualidade os pacientes, seus familiares e eles próprios encontram sentido e o apoio necessário para elaborar o entendimento e aceitação do processo de morte.

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 no 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 estar viva 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, no entanto, 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 tem-se urgência na organização do tempo que resta 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, resignificam 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 promovido pela espiritualidade proporciona 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, inclusive muitos reconhecem que com a doença isto se intensificou, ainda fazem uma analogia à saúde física e espiritual, considerando a necessidade desta complementaridade.

É referido pelos profissionais que através 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. Ainda foi relatado também pela profissional o pensamento positivo em situações em que há a necessidade de resolução rápida, assim como, o exercício de transcendência, quando busca auxílio à Deus, que segundo a informação é sempre atendido.

Enquanto o trabalhador está realizando o cuidado, também mobiliza os seus sentimentos e o 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 isto 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, ainda ressaltam que sentem que estas atitudes auxiliam no tratamento. Ainda referem perceber que no hospital é mais difícil de ter a abordagem da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde, já na atenção domiciliar esta prática é mais presente.

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 chamou-nos a atenção para a importância do profissional participar junto ao capelão, da abordagem da espiritualidade, inclusive de orações, sendo que estas ações elevam a confiança do usuário na equipe e lhe traz segurança.

A filosofia e a prática dos cuidados paliativos trouxe novamente a possibilidade de humanizar o morrer. A morte volta a ser vista como parte integrante da vida, os tratamentos são focados 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 centrado na possibilidade de oferecer ao paciente a chamada boa morte, na qual considera-se o alívio dos sintomas, conforto, acompanhamento sistemático por equipe interdisciplinar e a presença contínua de seus familiares de preferência em sua própria casa.

Na vivência dos profissionais também é referida a falta de formação para a abordagem da espiritualidade, sendo então negada, pois não é identificado quem possa oferecer atenção a esta necessidade, ficando então uma lacuna no cuidado. A partir do momento que integraram a equipe de cuidados paliativos não foi mais possível deixar de atender a esta demanda.

Ainda referem-se que esta reflexão e ação são extremamente necessárias à atenção integral a pessoa e 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 isso 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, pois 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 necessário a inclusão da espiritualidade em todos os cenários que permeiam o trabalho em saúde considerando-se a formação, educação permanente, atenção e pesquisa. Compreende-se que as ações dos profissionais da saúde visam a 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, reforçando 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, 2012 .2ª Ed.: Diagraphic. .

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, AMA, Moreira, LVC. **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo, 2007. Paulinas.

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**. 2010; 34(4):430-436.

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**, 2009. 29, 228-243.

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

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**. 2014, 34 (2), 302-317.

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.** BrasíliaJuly/Aug, 2012.vol.65 no.4.

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

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

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** 2011 Abr/Jun; 10(2):314-321.

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**. 2001.P.61-8; Dor.

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), 2000. Bromberg Livro Pleno.

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

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, 2013 Out-Dez; 22(4): 1134-41.

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, 2002. n.21, p. 29-34, mai-jun.

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

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**, 2005 março-abril; 13(2):151-7.

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

DOMINGUES, Glaucia Regina 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**, 2002.v.102, n.5, p.26-32.

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** 2003; 37(6):793-9

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

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 e aplicaciones de la logoterapia.** Buenos Aires: San Pablo, 2000.

FRANKL, V.E. **El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y La conciencia 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. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante (Originalmente publicado em 1946), 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**, 2011.16(7):3241-3248.

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**, 2010.15(3):757-762.

GRANT, L. MURRAY, A.S. SHEIKH, A. Spiritual dimensions of dying in pluralist societies. **BMJ**. 2010; 16: 341:c4859.

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**, agosto 2013, vol.30, 5pp.455-461.

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

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.** 2007; 9(1): 15-16.

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, 2013 May-Jun

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, 2014 Jul-Set; 23(3): 728-34.

KIERKGAARD, S. "Journal Extrats", *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, 2002. v. 14, n. 2, p. 22.

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, 2002. 294 p.(UNESC 001.42 L587m prod. Docente).

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]**. 2013, vol.19, n.2, pp. 220-229. ISSN 1809-6867.

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** 2011;43(4):316-22.

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**. 2010;8(2):154-8

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.). 2014; 22 (3): 448-55.

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.** 2010 Nov 20;3:6. Print.

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** 2009;62:100-6.

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** 2006 Dez; 15 (7):852-62.

SAAD, M. MASIERO, D. BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica** 2001; 8(3): 107-12.

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**. 2009; 33(2): 205-217.

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, 2013. Cap. 17, p. 289 -303.

SOUZA, L.G. A. BOEMER, M.R. - O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina Ribeirão Preto**, 2005; 38(1), 49-54.

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**. 2009; 301(6): 651.

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=S010407072006000400016&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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016>.

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.

TWYGCROSS, R. Cuidados Paliativos. Lisboa : **Climpsi**, 2001. ISBN 972-796-001-4.

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 cancer 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** 2002;46:1569-85.

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 Dda. Isabel Cristina de Oliveira Arrieira Tel.: (53) 81351920
Email: isa_arrieira@hotmail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a Maira Buss Thofehr

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo geral de compreender o sentido de espiritualidade para a integralidade da atenção ao usuário e equipe interdisciplinar de cuidados paliativos a partir do referencial de Viktor Frankl.e 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 atender usuários em sua integralidade como pessoa 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 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 converse 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 PIDI: _____

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 Electronic 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 an integrative review aiming to identify the relationship between spirituality and interdisciplinary work during a terminal process and highlight and discuss the contributions of spirituality in multidisciplinary teamwork in the care of users in a terminal process. The bibliographic databases used were the Latin American Journal of Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, and International Literature on Health Sciences - using 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 exhaustiva 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 •Marco	MEDLINE	2009
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.	<ul style="list-style-type: none"> •Fernandes •Komessu 	SciELO Brasil	2013
Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> •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).	<ul style="list-style-type: none"> •Elias •Giglio •Pimenta 	SciELO Brasil	2008
Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> •Oliveira •Silva 	SciELO Brasil	2010
Spirituality and end-of-life care in disadvantaged men dying of prostate cancer	<ul style="list-style-type: none"> •Bergman •Fink •Kwan •Litwin. 	MEDLINE	2011
What Can We Learn About the Spiritual Needs of Palliative Care Patients From the Research Literature?	<ul style="list-style-type: none"> •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 a 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 entende-se 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 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 de escrever que o estudo não oferece risco, a própria definição de risco é bem 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 em colaborar 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, 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 duas questões norteadoras: fale-me sobre essa experiência? você considera importante que os profissionais que estão lhe atendendo neste período converse sobre a espiritualidade? questões para os profissionais da equipe interdisciplinar: 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. aos pacientes para falar mais livremente.

O TCLE para os pacientes também poderá causar inibições, visto que são pacientes que recebem

tratamento domiciliar e a pesquisadora será identificada com 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

(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_arrieira@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 Frapp.

Data / encaminhamento:

07/05/14

Assinatura e carimbo / Coord. Ensino, Pesquisa e Extensão:

Enf.ª Dr.ª 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 financeiras, 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.ª Dr.ª Camilla Schwonke
Coord. Pesquisa, Ensino e Extensão
HE/UFPEL

Em:

07/05/14

Pág.2 de 2