



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**A DIMENSÃO ESPIRITUAL DO SER HUMANO:  
O DIAGNÓSTICO DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL E A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

**Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em enfermagem**

**por**

**João Manuel Galhanas Mendes**

**Instituto de Ciências da Saúde**

**Março, 2012**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**A DIMENSÃO ESPIRITUAL DO SER HUMANO:  
O DIAGNÓSTICO DE ANGÚSTIA ESPIRITUAL E A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

**Tese apresentada  
para obtenção do grau de doutor em enfermagem**

**Por  
João Manuel Galhanas Mendes**

**Sob orientação de:  
Doutora Margarida Maria Vieira**

**Instituto de Ciências da Saúde  
Março, 2012**

*Perguntar pelo sentido da vida?*

*... Precisamos aprender e também ensinar às pessoas em desespero que em rigor nunca e jamais importa o que nós ainda temos a esperar da vida, mas sim exclusivamente o que a vida espera de nós... em última análise, viver não significa outra coisa que arcar com a responsabilidade de responder adequadamente às perguntas da vida, pelo cumprimento das tarefas colocadas pela vida a cada indivíduo, pelo cumprimento da exigência do momento...*

*Em busca de sentido:*

*Um psicólogo no campo de concentração*

*Viktor E. Frankl*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Margarida Vieira pela sua orientação especializada, pela presença na minha formação e pela ajuda que me dispensou ao longo do percurso, o meu profundo reconhecimento, a minha gratidão e amizade.

Aos professores do curso de doutoramento em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa pelos ensinamentos e pela partilha de conhecimentos, a minha sincera gratidão e admiração.

Aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia 1 do Hospital do Espírito Santo de Évora pela disponibilidade e pela colaboração neste estudo, o meu agradecimento.

Aos colegas de doutoramento da Universidade Católica Portuguesa e da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora que me ajudaram nos vários momentos deste processo de trabalho de pesquisa, o meu reconhecimento e amizade.

Aos amigos que me ajudaram e continuam a ajudar com a sua presença e amizade.

À minha família que foi o suporte afetivo nos momentos de ansiedade, a minha profunda gratidão.

Um agradecimento especial ao Diogo que surgiu durante este processo e foi uma fonte de alegria e de estímulo.

## RESUMO

Com este estudo percebemos de forma mais aprofundada a participação dos enfermeiros no diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem que se relacionam com a dimensão espiritual do ser humano. Concretamente identificámos os indicadores que estão presentes no processo de construção do diagnóstico de "angústia espiritual" e as intervenções de enfermagem que poderão ser implementadas num processo de cuidados de saúde.

As questões orientadoras do estudo estiveram relacionadas com o processo de diagnóstico e com as intervenções específicas de enfermagem. A construção do conhecimento foi realizada com o recurso a um período de observação e com a implementação de estratégias de investigação-ação num serviço de internamento de um hospital.

Foi considerado que a espiritualidade é uma misteriosa e complexa dimensão da existência humana, que envolve aspetos na vida diária que são profundamente pessoais e sensíveis, como a religião ou a filiação religiosa e é tão mais complexa quanto mais envolve aspetos da vida na sua interligação com as crenças, os valores e a cultura.

A espiritualidade vem dar significado a algumas interrogações humanas muito ligadas aos valores, a estilos de vida, às crenças que se expressam em práticas religiosas, a crenças da relação do ser humano com Deus, com a natureza, com a beleza, com a arte e veio fornecer avanços importantes na compreensão de muitos comportamentos individuais e coletivos.

Relativamente à identificação dos indicadores que estão na origem do processo de construção do diagnóstico foram reforçadas as características definidoras do diagnóstico de angústia espiritual preconizado pela NANDA.

Foi identificado um conjunto de intervenções de enfermagem que os enfermeiros sugerem como intervenção específica neste diagnóstico, tendo sido muito valorizada a intervenção "escutar ou falar com o doente relativamente à sua situação de doença".

Verificamos a grande necessidade de formação inicial, contínua e avançada nesta área de cuidados para podermos reforçar o significado e o sentido que os enfermeiros podem atribuir à sua função na equipa de saúde.

## ABSTRACT

In this study, we realize in depth, nurses involvement in diagnosis and planning of nursing care, which have a connection with the man' spiritual dimension. Specifically, we identified the process of "spiritual distress" construction, and nursing interventions that can be implemented in the health care provision.

Research guiding questions was addressed to the diagnosis process and also to nursing specifically interventions. Knowledge construction was performed, using an observation period and Action Research strategies at a hospital medical unit.

It was found, that spirituality is a mysterious and complex dimension of human being, involving daily aspects which are deeply personal and sensitive, like religion or religious' affiliation, and is so much more complex as involves interconnection with beliefs, values and culture.

Spirituality gives meaning, to some human questions that are closely to human values, spiritual vision, some lifestyles, some beliefs about God and human being relationship, with nature, loveliness and art. Spirituality is also deeply nested in beliefs that are expressed in religious practices, in understanding roots and maintenance of social and religious communities, and it came to provide important advances, into the understanding process of many individual and collective behaviors'.

Regarding the diagnosis construction process, it was identified and reinforced, the defining characteristics of the spiritual distress, which had been advocated by North American Nursing Diagnosis Association.

It was mapped nursing interventions, suggested by nurses, that, in order to answer this diagnosis, underline "listen or speak with patient regarding to their disease condition" as the more important motion.

We found as major outcome, some needs in nursing education, for initial and continued, such as for advanced levels, in order to enhance, meaning and sense that nurses can give to their mission in health care team.

## **SIGLAS**

- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
- NIC - Nursing Intervention Classification
- NOC - Nursing Outcomes Classification
- QSR - Qualitative Solutions and Research
- VIH - Vírus da Imunodeficiência humana

## **ABREVIATURAS**

- Ed. - Edição
- Eds. - Editores
- et al. - e outros
- pág. - página
- p.p. - páginas

## INDÍCE

	Pág.
<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 – O PROBLEMA EM ESTUDO .....	11
1.2 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA EM ESTUDO .....	13
1.3 – A VISÃO DA TESE .....	26
<b>2 – QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA</b> .....	29
2.1 – DA ESPIRITUALIDADE E CONCEITOS AFINS .....	29
2.2 – DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS .....	37
2.3 – DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	42
2.3.1 – Dos diagnósticos de enfermagem .....	48
2.3.2 - Das intervenções de enfermagem .....	68
<b>3 – O DESENHO DO ESTUDO</b> .....	95
3.1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	99
3.2 – DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE RESOLUÇÃO DO PROBLEMA ..	100
3.3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	102
3.4 – OBSERVAÇÃO: REGISTO DOS ACONTECIMENTOS .....	104
3.5 – ASPETOS ÉTICOS CONSIDERADOS NO ESTUDO .....	107
<b>4 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS</b> .....	108
4.1 – O DIAGNÓSTICO: CARATERÍSTICAS DEFINIDORAS .....	109
4.2 – AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: CATEGORIZAÇÃO .....	111
<b>5 – DISCUSSÃO DE DADOS</b> .....	114
5.1 – A IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO .....	114
5.2 – AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM .....	155
<b>6 – CONCLUSÃO</b> .....	201
<b>7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	212
<b>ANEXOS</b> .....	229
ANEXO 1 – TEXTO DE APOIO À FORMAÇÃO .....	230
ANEXO 2 – CARATERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS .....	233
ANEXO 3 – TRATAMENTO DE DADOS: CATEGORIZAÇÃO .....	236

## INDÍCE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 – Quadro de referência para os cuidados espirituais .....	71
Quadro 2 – Categorização – tema 1 .....	106
Quadro 3 - Categorização - tema 2 .....	107
Quadro 4 - Organização de dados para o diagnóstico .....	110
Quadro 5 – Ordenação de dados para o diagnóstico .....	111
Quadro 6 – Organização de dados para as intervenções de enfermagem .....	112
Quadro 7 – Ordenação de dados para as intervenções de enfermagem.....	112

## 1 - INTRODUÇÃO

A participação dos enfermeiros nas diversas fases dos cuidados de saúde, concretamente na conceção, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem e ainda na gestão, formação e investigação, é fundamental para se promover a eficácia e qualidade das práticas de cuidados de saúde na globalidade.

Partindo do pressuposto de que qualquer sistema de saúde deve estar centrado no seu utilizador, importa que as suas necessidades sejam satisfeitas, pelo que também na sua dimensão espiritual a apreciação, o diagnóstico, o planeamento, a execução e a avaliação dos cuidados de enfermagem é de fundamental importância.

O Plano Nacional de Saúde de 2004/2010, que abrange o período onde se insere o início do processo de investigação, alertou-nos para a necessidade de se prestar atenção à dimensão espiritual e religiosa do ser humano, quando refere que a pluralidade cada vez maior de opções espirituais e religiosas da sociedade portuguesa se expressa, no seio do Sistema de Saúde, em necessidades progressivamente diferenciadas.

Sendo a cultura dominante caracterizada por uma certa crise de sentido, torna-se mais difícil a relação com o sofrimento e nomeadamente com a morte, que cada vez mais acontece nas instituições de saúde. O tempo da doença surge como o grande lugar de emergência das questões antropológicas e espirituais e as pessoas esbarram com a experiência da doença, estando cada vez menos preparadas para a enfrentar e integrar.

O envelhecimento da população faz subir, nos internamentos, o número de idosos que solicitam mais a assistência religiosa e as doenças novas, tal como novas possibilidades terapêuticas, determinam longos internamentos, que pedem um tipo de apoio que ultrapassa o âmbito do

apoio psicológico e constitui, especificamente, pedido de apoio espiritual e, muitas vezes, de assistência religiosa.

Também surgem atualmente novas formas de vivência religiosa acompanhadas de fenômenos de proselitismo, que nos hospitais encontram espaço privilegiado para se exercerem dada a situação de fragilidade que as situações de doença provocam em muitas pessoas.

O atual Plano Nacional de Saúde 2011/2016 considera o cidadão no centro do sistema de saúde onde assume diferentes papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade. O doente do séc. XXI é decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão ativo cuja voz deve influenciar os decisores em saúde.

Assim, a sociedade espera dos profissionais da área da saúde que com base na ciência, a dimensão espiritual seja abordada honestamente e se desmistifique o sentido do charlatanismo que por vezes lhe está associado. Embora, as relações entre espiritualidade e cuidados de saúde já estejam na ordem do dia das pesquisas nesta área, há um longo caminho a percorrer.

## 1.1 - O PROBLEMA EM ESTUDO

Tal como o plano nacional de saúde explícita e pela nossa observação da realidade, podemos verificar uma deficitária integração da dimensão da espiritualidade nos cuidados de saúde prestados.

Coexistem ainda muitos outros aspetos que condicionam a resposta a esta preocupação dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, como sejam as deficientes condições de internamento, o progresso da medicina e da prática dos cuidados de saúde,

nomeadamente a evolução biotecnológica que se vem registando, tornam cada vez mais difícil a criação de relações que respeitem o doente como sujeito de espiritualidade, levando a uma efetiva desvalorização desta dimensão e à sua consideração como extrínseca aos cuidados de saúde.

Verifica-se ainda que a visão holística do ser humano, que pressupõe uma assistência integral incompatível com a não consideração da dimensão espiritual e religiosa dos doentes, não enforma suficientemente os cuidados prestados.

Constata-se que a formação dos intervenientes nos cuidados de saúde, tanto no que se refere à formação pré-graduada como à pós-graduada, não tem suficientemente em consideração esta dimensão. Também não são raras as manifestações de indiferença face a este direito fundamental dos doentes e mesmo relativamente a solicitações concretas que estes formulam e que são menosprezadas ou ignoradas.

Sabemos hoje que a valorização da dimensão espiritual do homem e o estudo da espiritualidade vieram dar significado a algumas interrogações humanas muito ligadas aos valores, a estilos de vida, a crenças da relação do ser humano com Deus, com a natureza, com a beleza e com a arte.

O estudo da espiritualidade desocultou e valorizou o significado de algumas crenças que se expressam em práticas religiosas, dando contributos importantes na compreensão da origem e da manutenção de comunidades sociais e religiosas e forneceu avanços importantes na compreensão de muitos comportamentos individuais e coletivos.

Assim, reveste-se de importância considerável que esta dimensão seja devidamente enquadrada nos cuidados de enfermagem e que se considerem efetivamente os cuidados de enfermagem da dimensão espiritual, nos planos de intervenção que os enfermeiros definem nas suas funções profissionais.

No período de observação das práticas de cuidados de enfermagem constatámos que os enfermeiros não valorizavam esta

dimensão do ser humano, não recolhiam dados relacionados com os diagnósticos da área da espiritualidade e não desenvolviam qualquer tipo de intervenção. Foi este o problema identificado e foi com a intenção de contribuir para a sua resolução que continuámos o nosso estudo.

## 1.2 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA EM ESTUDO

Pela nossa experiência de cuidados, pela observação que fazemos da realidade que nos rodeia e ainda pelas referências que o Plano Nacional de Saúde lhe atribui, justifica-se que a dimensão espiritual do ser humano se transforme numa área de cuidados de saúde a aprofundar para podermos contribuir para que a visão holística do ser humano, que pressupõe uma assistência integral, considere suficientemente os cuidados prestados tendo em conta a dimensão espiritual dos doentes.

A vida humana é, em primeira instância, vida individual e segundo Rojas (2005) a análise da mesma poderá ser feita em duas vertentes primordiais, uma superficial e outra profunda. A vertente superficial reflete a vida para o exterior, a imagem que mostramos aos outros ou seja aquilo que mostramos a partir dos nossos comportamentos. A vertente profunda é aquilo que somos interiormente, a parte menos acessível de nós mesmos por isso a mais atraente, onde se desperta a curiosidade e o desejo de penetrar na sua complexidade, numa tentativa de encontrar uma espécie de fórmula que nos ajude a viver melhor.

A espiritualidade como dimensão de vida do ser humano percorre estas duas vertentes que Enrique Rojas nos refere, na vertente profunda remete-nos para o facto de podermos nós próprios reconhecer o sentido que encontramos para a nossa vida, na vertente superficial remete-nos para comportamentos que manifestamos em público ou em privado e

que caracterizam uma vivência própria e individual desta dimensão da vida.

Pensamos que a dimensão espiritual do ser humano também deva estar no centro das atenções dos profissionais de saúde. A vivência da espiritualidade faz parte da experiência de vida que cada ser humano faz individualmente ou em comunidade, contudo estamos num mundo de forte tendência individualista onde cada um procura a sua verdade e onde a procura do transcendente se torna cada vez mais individual e singular.

Apesar de todos os avanços da ciência e da tecnologia, o ser humano tem necessidade constante de dar resposta à pergunta milenar do sentido para a vida: Qual é o sentido da minha vida?

Para Viktor Frankl, numa obra agora publicada em português em 2012 que se refere ao texto publicado originalmente em alemão em 1946, refere que o que importa não é o sentido da vida em geral, mas antes o sentido específico da vida para uma pessoa num dado momento. Não se pode procurar o sentido abstrato da vida porque cada um tem a sua vocação e missão específica na vida, para levar a cabo uma tarefa concreta que pretende concretizar e nesse contexto não pode ser substituído, nem a sua vida pode ser repetida por outro. A tarefa de cada pessoa é tão única quanto o é a sua oportunidade específica para a concretizar.

O autor que acabamos de referir considera que em última instância, o Homem não deveria perguntar qual o sentido da vida, mas antes reconhecer que é ele quem se vê interpelado e à vida cada um pode apenas responder sendo responsável, pelo que a responsabilização é a própria essência da existência humana.

Viktor Frankl ao declarar que o ser humano é responsável tendo que tornar efetivo o sentido potencial da sua via, quer sublinhar que o verdadeiro sentido da vida tem que ser descoberto no mundo e não dentro dos homens e da sua psique, como se fosse um sistema fechado e

chama a esta característica constitutiva a “autotranscendência da existência humana”.

Chestov (1960) considera que ninguém sabe se a vida não é a morte ou se a morte não será a vida. Desde a mais remota antiguidade que os mais sábios homens vivem nesta enigmática ignorância. Acrescenta Chestov, só é homem quem sabe o que sejam a vida e a morte e aquele que, de quando em quando mesmo por um instante, deixa de apreender o limite que separa a vida e a morte, deixa de ser um homem e torna-se em qualquer coisa que desconhecemos.

Richard Taylor (1970) em aparente contradição com Viktor Frankl, defende que o sentido da vida não pode ser encontrado no universo, porque se assim fosse podíamos considerar que a vida seria, por assim dizer, objetivamente desprovida de sentido. Será então importante deslocarmos a nossa procura de sentido para o interior de nós próprios. O tipo de sentido da vida que importa ter em consideração é um sentido para nós. A vida só tem sentido se pudermos desenvolver e participar em atividades que achamos serem significativas.

Viktor Frankl (2012) na obra que referimos anteriormente também defende que podemos descobrir o sentido da vida de três formas diferentes: criando uma obra ou praticando uma façanha, vivendo uma experiência ou encontrando alguém e por intermédio da atitude que assumimos ante um sofrimento inevitável.

Também para a filosofia o sentido da vida é um assunto central. Para Durant (1996) a vida tem um significado, contudo grande parte das nossas vidas é destituída de significado, lutamos com o caos que nos cerca e que está dentro de nós, mas acreditamos existir o tempo todo algo vital e importante em nós. Queremos compreender que a vida para nós significa tentar transformar em luz e chama, tudo aquilo que somos ou com que nos deparamos.

Tillich (1976) influenciado pela filosofia de Kierkegaard, defende que vivemos em angústia e desespero, vivemos em angústia porque

somos finitos e em desespero porque vivemos essa angústia num ambiente de solidão.

O facto de considerarmos a morte inevitável, parece muitas vezes tornar a questão do sentido da vida problemática, mas não é óbvio que a imortalidade possa fazer a diferença entre o sentido da vida e a sua ausência. Se a vida tem sentido, não o perde só porque somos mortais ou mesmo se não tem sentido, não o vai ganhar pelo facto de que pudéssemos ser imortais.

Moura (2011) refere-nos que, ao percorrer-se a história da filosofia podemos verificar que foram muitos os filósofos que se dedicaram as reflexões sobre a vida e morte, desde os gregos clássicos, como Platão e Aristóteles, até aos contemporâneos, Sarte, Heidegger, Lévinas e outros, sendo que o problema da morte se modificou radicalmente, passando de um problema analisado objetivamente a um drama vivido interiormente.

Uma vida poderá ser mais ou menos longa, o que permitirá realizar mais ou menos finalidades com valor, mas daqui não se infere que só uma vida imortal tem sentido e que a morte, só por si, não retira o sentido à vida. A morte na perspetiva de Epicuro não é para nós, motivo de preocupação, uma vez que defende que *"a morte, o mais aterrorizador dos males, nada é para nós, dado que enquanto existimos a morte não está connosco; mas, quando a morte chega, nós não existimos. A morte não diz respeito nem aos vivos nem aos mortos, pois para os primeiros nada é, e os segundos já nada são"* (Epicurus, *Carta a Meneceu*, p.125).

Segundo Wolf (2011) uma vida com sentido tem que satisfazer dois critérios adequadamente interligados. Em primeiro lugar é necessário existir uma entrega ativa e em segundo lugar uma entrega a projetos de valor. Uma vida é destituída de sentido se é destituída de entrega a coisa alguma. Pode dizer-se que a vida de uma pessoa aborrecida ou alheada do que passa a maior parte da vida a fazer é destituída de sentido, muito embora possa estar a executar funções de valor. Também alguém que se

entrega ativamente na vida pode viver uma vida destituída de sentido, se os objetos da sua entrega forem totalmente destituídos de valor.

A pergunta «qual é o sentido da vida?» aponta para a necessidade da compreensão profunda e universal do sentido da nossa existência.

Carvalho (2008) defende que conhecer-se a si mesmo consiste em pensar-se não mais como indivíduo, mas como pensamento da totalidade para se tornar “intelecto” que consiste em atingir um estado de perfeita transparência na relação consigo próprio, eliminando precisamente o aspeto individual do eu, ligado a uma alma e a um corpo, para apenas deixar subsistir a interioridade pura do pensamento em si mesmo.

Defende Susan Wolf (2011) que indagar sobre o sentido da vida é como envolvermo-nos numa busca em que, só estamos certos daquilo que procuramos quando o encontramos. Parece que Wolf nos aponta aqui um percurso que é a motivação para a procura do próprio sentido da vida.

A questão do sentido da vida é colocada por cada um de nós como seres humanos, clientes ou prestadores de cuidados, mas é colocada sobretudo nos momentos em que as pessoas atravessam percursos de doença ou outros momentos de sofrimento na sua história de vida.

Para Wolf (2011) a vida de uma pessoa só pode ter sentido se ela se interessar de um modo profundo pelas coisas e se existir um envolvimento positivo com objetos e atividades, que levem à construção de relações positivas com os outros e conosco próprios.

Quando se fala de espiritualidade somos levados a pensar que se trata à partida da ligação da pessoa a uma determinada religião. Por isso espiritualidade seria sinónimo de religiosidade, contudo se para algumas pessoas a sua dimensão espiritual está muito intercetada pela dimensão da religiosidade, para outras pessoas poderá provavelmente estar muito pouco e para outras ainda poderá não existir qualquer ligação entre espiritualidade e religião, como é por exemplo o caso dos não-crentes.

Yinger (1960) define religião como um sistema de crenças e práticas partilhadas e realizadas habitualmente por uma pluralidade organizada de pessoas, que se julga estabelecerem relações com valores e muitas vezes seres supraempíricos dos quais estas pessoas se sentem dependentes.

Para Kant (1960) a religião é o culto que procura os favores de Deus, através da oração e ofertas, para trazer a cura e riqueza para os seus seguidores ou a ação moral que orienta os comportamentos humanos para uma vida melhor.

Este conceito onde se inscrevem profundamente as ideias de culto e ação moral poderá ter estado na origem do que Derrida (1998) considera ser a religião. Refere este autor que a palavra "religião", deriva da palavra (religio) e tem duas raízes distintas. Primeiro, a partir de "relegere" de "legere" significa reunir, colher ou recolher (em) e a segunda a partir de "ligare" "religare" significa amarrar ou ligar. A primeira palavra aponta para a origem de grupos sociais que se reúnem para práticas de culto e a segunda para o conjunto de normas, valores, regras etc. que são necessárias para a vida dos seres humanos. A primeira sugere o papel do culto na formação dos seres humanos e a segunda as práticas sociais na sua regulação.

Martín (2001) refere que a religião, tanto na pré-história como na história humana está, como a ciência confirma, sempre presente na preocupação dos homens e ocupa um lugar proeminente entre os seus objetivos.

Para Wolf (2011) a religião proporciona um contexto natural para a questão do sentido da vida. Se acreditarmos que um ser sobrenatural criou o mundo de acordo com um plano grandioso, então a nossa pergunta, procura saber qual é a finalidade desse plano ou qual é o lugar que a vida nele ocupa.

Não podemos no entanto considerar que estas questões apenas fazem sentido no âmbito da religião. As preocupações centrais que estão ligadas a este domínio incluem questões sobre a existência de um

objetivo para a vida, sobre o valor da vida e sobre a existência de uma razão para viver, independentemente das circunstâncias, ideias, opiniões e de interesses individuais.

Porque o termo espiritualidade se propicia a uma grande ambiguidade, é necessário esclarecer-se o seu significado rigoroso, muito embora se saiba também que não é possível fazê-lo com facilidade. Para Roselló (2004) não há uma corrente única ou uma dogmática sobre o espiritual, o que permite o desenvolvimento de perspectivas muito amplas, correndo-se o risco de uma multiplicação dos discursos e de uma saída do assunto para a esfera do relativismo.

Para o autor que acabamos de referir, é possível constatar a emergência deste conceito em algumas correntes de natureza sociológica que encontraram um esgotamento do sentido da vida numa sociedade pós-materialista, surgindo alguns sintomas especialmente nas novas gerações, de um cansaço e de um esgotamento deste modelo de sociedade materialista e um dos sintomas é a procura e o desejo do espiritual.

Vivemos claramente na emergência do espiritual em claro tom sincrético mas vivemos também esta emergência debaixo de um tom inter-religioso e ecuménico. O tratamento do espiritual na sociedade pós-moderna não obedece aos esquemas da sociedade cristã ocidental, em que o espiritual estava ligado ao religioso e ao religioso de uma religião predominante.

Há hoje uma procura de pontos de união e de convergência entre as distintas tradições culturais e religiosas como defende Roselló (2004). Contudo também nos surge com muita visibilidade na comunicação social que, em algumas partes do mundo, o fundamentalismo religioso constitui-se como um preocupante guia orientador da vida em sociedade.

A religião é um meio para a procura da dimensão da transcendência, contudo não é o único dado que há formas de espiritualidade laicas, paralelas e alternativas à religião.

Lévinas (2003) diz-nos que transcendência significa um movimento de travessia e um momento de subida, neste sentido estamos perante um duplo esforço de transposição do intervalo por elevação, por mudança de nível. O olhar que se eleva para o céu como que se separa do corpo no qual está implantado e encontra então o intocável: o sagrado.

Para Martín (2001) se procurarmos as causas da fé na existência de um ou vários seres supremos, podemos encontrar várias, ainda que todas elas se resumam numa: a intuição de que depois desta vida, tem que haver algo mais e que nessa «outra vida» há «alguém» superior que merece adoração.

Para alguns pensadores modernos, refere Martín, esta «intuição» não é absolutamente significativa pois responde a uma necessidade humana diante da angústia proporcionada pela morte. Para estes, o homem acredita porque tem necessidade de crer para aliviar a sua angústia, constrói um «céu» e um «inferno» e mesmo um ou vários «deuses» para preencher um vazio que se lhe torna insuportável, um vazio proveniente da consciência de que está vivo e que vai desaparecer para sempre.

Mendelson (2002) defende que os percursos da doença crónica apelam para a necessidade de procura do espiritual para crentes e para não crentes, contudo Amatuzzi (1999) considera que a religião fornece uma ajuda na perceção das coisas do mundo, o que leva a uma tomada de consciência dos limites do homem, aspeto que sustenta a necessidade humana de procura de sentido para a vida ou a procura de uma harmonia perdida.

Na observação que fazemos da realidade constata-se que a procura do espiritual poderá surgir de muitas formas. Existe hoje um culto ao espiritual e aparecem alguns chamados mercenários do espiritual que oferecem serviços de forma presumivelmente enganosa a pessoas que se tornam vítimas da sua própria fragilidade ou da situação de fragilidade que a doença lhes provoca.

Os profissionais de saúde não podem ignorar este aspeto, porque a publicidade dos que se consideram “mestres espirituais”, “astrólogos espiritualistas”, “cientistas espirituais” é apelativa, agressiva e surte efeito e os gabinetes parece-nos que são frequentados por pessoas cujo objetivo é a ida ao encontro de alguém que as escute.

O nosso olhar profissional para uma pessoa doente não é nunca um ato inocente ou indiferente, nem simplesmente técnico, mas tributário de uma visão mais vasta do mundo e do ser humano. Por isso consideramos de primordial importância ter sempre em conta a dimensão espiritual do ser humano no processo de cuidados de saúde e de enfermagem em particular.

Consideramos da maior importância que a investigação nesta área forneça contributos importantes e válidos para que os profissionais de saúde possam, com honestidade e em resultado de evidências científicas nesta área, desenvolver a sua intervenção profissional, dando também relevo à dimensão espiritual do ser humano.

Caldeira (2011) refere que a produção científica acerca da espiritualidade nos cuidados de enfermagem não é tão profícua quanto seria desejável para a consolidação de conhecimentos e para a integração na prática clínica. Contudo, existe atualmente um desenvolvimento na investigação em enfermagem relacionado com esta dimensão do ser humano.

Os estudos nesta dimensão do ser humano poderão dar forma a uma área de conhecimento importante para todos os profissionais que prestam cuidados de saúde e especialmente para os enfermeiros.

Num estudo realizado por Taylor *et al.* (1995) cujo objetivo foi determinar que práticas de cuidados espirituais utilizam os enfermeiros de oncologia, chegou-se à conclusão de que os cuidados espirituais são essenciais no processo de cuidados. As conclusões específicas deste estudo apontam para alguns aspetos que os enfermeiros consideram essenciais incluir nas práticas de cuidados espirituais, como seja rezar

com os doentes, promover a presença dos capelães ou de outros ministros de determinadas religiões ou ainda a facilitação do acesso a objetos religiosos.

Já em 1996 Barnum sugere que existem muitos “métodos gerais” para os enfermeiros que prestam cuidados espirituais, incluindo a oração e a facilitação do acesso a conselheiros religiosos e a rituais religiosos.

Estes aspetos são essenciais num plano de intervenções de enfermagem orientado para as verdadeiras necessidades das pessoas a quem prestamos cuidados. Barnum também identifica as terapias direcionadas para o doente, afirmando que a fé é uma terapia espiritual importante para os doentes e concluiu que as terapias espirituais para os doentes são autoaplicadas ou são desenvolvidas pelo enfermeiro.

Porque muita literatura existente sobre esta problemática trata as terapias espirituais como mecanismos para aliviar o *stress*, a preocupação de Barnum parece ser a diferenciação das terapias espirituais como uma forma de distinção de outras terapias. Podemos verificar na descrição de Barnum a noção de que a fé pode ser “aplicada” como uma “terapia”.

Para Heelas e Woodhead (2005), o estudo da espiritualidade como uma dimensão da prática profissional em saúde e educação surgiu a partir de 1980. Os estudos variam da análise e aprofundamento teórico desta dimensão até aspetos mais práticos relacionados com a identificação e satisfação das necessidades espirituais, em doentes utilizadores dos serviços de saúde. As influências culturais e sociais são aspetos importantes, que podem dar lugar a formas particulares da expressão das necessidades espirituais e remetem-nos também para formas de espiritualidade, que identificam o património espiritual ou ajudam a perceber o potencial espiritual de cada ser humano.

Wright (2005) aponta alguns estudos sobre práticas de cuidados espirituais, onde conclui a importância da satisfação das necessidades espirituais em doentes e famílias.

Um aspeto crítico, mas considerado muito importante nos estudos da área da espiritualidade é a compreensão da forma como as estruturas educacionais da profissão inibem ou negam a expressão da espiritualidade, devido especialmente a ideologias implícitas nos processos de formação e profissionalização, uma vez que muitas vezes não lhe atribuem qualquer importância como defende Betts (2003), ou evidenciam a sua adesão ao paradigma da racionalidade em que se subvaloriza esta dimensão humana como está expresso nos estudos de Cobb (1998) e Tarlier (2005).

Pelas leituras que fizemos temos a percepção que os estudos na área da espiritualidade estão agora a desenvolver-se num clima de secularismo não desprezando a importância da dimensão religiosa do ser humano.

Pela observação da realidade parece-nos que os crentes das diversas religiões, especialmente aqueles cuja espiritualidade se expressa em atitudes dogmáticas, sobretudo os fundamentalistas, aderem a padrões de conhecimento no domínio da espiritualidade ligados às respetivas religiões e criam situações que muitas vezes poderão entrar em conflito com os conceitos daqueles que concebem esta dimensão humana menos ligados a uma religião.

Da reflexão que fazemos também podemos afirmar que a dimensão espiritual da pessoa pode estar muito intercedida pela sua religião.

A ideia predominante nos estudos mais recentes é sobretudo a conceção da espiritualidade como a expressão de um comportamento individual sem ligação necessária ao religioso. O comportamento individual é aperfeiçoado sistematicamente por certos atos de espiritualidade e assim a vida social também se vê aperfeiçoada, uma vez que os comportamentos individuais, em regra dão forma à vida social como defende Hodge (2005).

Existe aqui a noção de que a espiritualidade tem formas de expressão individual que enformam comportamentos individuais e

formas de expressão coletivas que caracterizam comportamentos coletivos, dando assim contributos essenciais para o aperfeiçoamento da vida em sociedade.

A espiritualidade não é uma realidade singular é uma realidade radicalmente complexa. A espiritualidade está ligada a valores, à saúde, ao sofrimento, à formação moral e religiosa sobretudo nas profissões ligadas ao cuidado humano, como podemos verificar em Barton (2004) quando refere que os cuidados de saúde têm uma grande componente espiritual e o estudo das problemáticas ligadas à espiritualidade, fornece contributos para os padrões de comportamento e para as estratégias de desenvolvimento que incidem sobre os cuidados de saúde.

McSherry (2000) identifica a espiritualidade como um termo abrangente sob o qual podemos encontrar uma dimensão variada de necessidades dos doentes. Narayanasamy (2001) refere-se à espiritualidade como uma dimensão importante dos cuidados de enfermagem e enquadra esta dimensão nos cuidados de saúde que devem ter uma perspetiva holística da pessoa.

Para Caldeira (2011) a consciencialização da própria espiritualidade dos enfermeiros e a compreensão da espiritualidade como facilitadora do processo de *coping*, são fatores que devem incentivar a sua integração na prática dos cuidados, muito embora se verifique uma acentuada falta de formação sentida pelos enfermeiros para atender a esta dimensão do ser humano.

As comunidades científicas de enfermagem colocaram à disposição dos enfermeiros alguns diagnósticos que se referem especificamente à dimensão espiritual do ser humano.

A *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* refere-se ao diagnóstico de “angústia espiritual” e define-o como o estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou está em risco para apresentar, um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida. Define também o diagnóstico de

“distress espiritual (ou risco)” como a incapacidade para experimentar e integrar o sentido e a finalidade da vida através das relações consigo mesmo, com os outros, com a arte, música, literatura ou com um poder sobrenatural (Carpenito, 1977).

Na Classificação Internacional para a Prática de enfermagem na Classificação dos Fenómenos de Enfermagem (2006) no Eixo A: Foco da prática de enfermagem, também podemos encontrar alguns conceitos que nos ajudam a construir diagnósticos de enfermagem segundo este sistema classificativo, como por exemplo “crença errônea”, “crença religiosa”, “crença espiritual” e “angústia espiritual”.

Concretamente o diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” que é proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association*, desde 1980, é definido como a “capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor” (Carpenito 2005: 762).

Temos verificado em alguns estudos realizados por enfermeiros, sobretudo americanos, que a relação entre espiritualidade e religião é muito forte e fomos percebendo, quer na pesquisa teórica realizada, quer no decurso do processo de recolha de dados, que a religião é um recurso muito importante para algumas pessoas, quando são intercetados por situações de sofrimento e de doença.

A partir dos aspetos relacionados com a espiritualidade até aqui referidos, podemos agora sintetizar e afirmar também, que a espiritualidade é uma dimensão importante do ser humano, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que é cada ser humano e que o ajuda a diferenciar do outro ser humano.

Esta dimensão implica uma expressão de sentimentos e uma vivência individual, uma interação com o meio ambiente, com os outros e com um Ser Supremo. É sobretudo através da espiritualidade que se manifesta o sentido para a vida.

Consideramos que será importante perceber como é que os enfermeiros valorizam os vários aspetos relacionados com esta dimensão da pessoa, que dados recolhem na fase de apreciação para que consigam identificar situações que necessitam de cuidados ou seja, situações de diagnósticos de enfermagem relacionados com esta dimensão do ser humano.

Para o desenvolvimento da ciência de enfermagem consideramos necessário proceder à descoberta de padrões de respostas humanas em face dos diagnósticos que estão já estudados pela comunidade científica de enfermagem e que intervenções específicas de enfermagem podem ser empreendidas.

### 1.3 – A VISÃO DA TESE

Pela pesquisa realizada no âmbito das publicações em Portugal verifica-se a existência deficitária de estudos desta natureza realizados em Portugal, cujo tema central seja a apreciação ou o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem relacionadas com os diagnósticos da componente espiritual do ser humano que já estão divulgados e referidos pelas comunidades científicas de enfermagem, como sejam as ligadas às NANDA, NIC e NOC ou mesmo ligados à linguagem classificada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Em face desta realidade, levantam-se as seguintes questões: Como é que se perspetiva a recolha de informação necessária à elaboração dos diagnósticos de enfermagem já aceites? Que instrumentos existem para a recolha da informação no sentido de se caracterizar um diagnóstico correto da situação que a pessoa está a vivenciar? Quais as intervenções específicas de enfermagem adequadas e possíveis, no contexto atual dos

cuidados de saúde que são prestados a uma pessoa em situação de internamento hospitalar?

A pesquisa realizada tem como referência um tema temporalmente atual e pertinente, a dimensão espiritual do ser humano e concretamente um diagnóstico de enfermagem que se refere a esta dimensão da pessoa, o diagnóstico de “angústia espiritual” e as intervenções de enfermagem que lhe estão associadas.

A investigação insere-se num enquadramento teórico inicialmente interdisciplinar, predominando uma orientação teórica da área científica de enfermagem e da espiritualidade, para consubstanciar a construção de um modelo analítico da conceção de cuidados de enfermagem à pessoa doente, concretamente na sua dimensão espiritual.

Em termos metodológicos procurou-se que o processo de construção de conhecimento fosse realizado com o recurso a um estudo com estratégias de investigação-ação, num serviço de internamento de um hospital, dado termos verificado, no período de observação das práticas de cuidados de enfermagem, que os enfermeiros não valorizavam a dimensão espiritual do ser humano, não recolhiam dados relacionados com os diagnósticos da área da espiritualidade e não desenvolviam qualquer tipo de intervenção, sendo necessário planear e desenvolver uma intervenção que contribuísse para ajudar a reverter a situação encontrada.

Foi então necessário encontrar indicadores que nos permitissem reconhecer com rigor o diagnóstico de angústia espiritual. A evidência científica mostra-nos que as características definidoras do diagnóstico, a referir no quadro de referência, são um recurso a que é possível aceder para se conseguir encontrar a situação diagnóstica referida, e que é sempre a partir de uma situação de diagnóstico que se constrói e reconstrói de forma sistemática todo o processo de intervenção.

Neste relatório surgem os dados recolhidos, que apresentamos em quadros, que se referem aos aspetos relacionados com as referidas características definidoras e com as intervenções de enfermagem.

Na análise e discussão dos dados procuramos confrontar os dados recolhidos com outros dados que a evidência científica nos mostra. Foi uma forma de olhar para a realidade e tirar dela a evidência necessária para podermos generalizar de forma a podermos construir conhecimento.

Assim, tendo em conta as recomendações do Plano Nacional de Saúde que citamos, a realidade que foi encontrada na prática dos enfermeiros e a importância da dimensão espiritual do ser humano no seu bem-estar, a pesquisa teve como objetivos:

- 1) *Analisar a forma como os enfermeiros identificam aspetos da observação que indicam o diagnóstico de angústia espiritual;*
- 2) *Contribuir para o aprofundamento do conhecimento de padrões de respostas humanas face ao diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual;*
- 3) *Identificar intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico de angústia espiritual;*
- 4) *Contribuir para a implementação de estratégias para a promoção da qualidade, da prestação dos cuidados de enfermagem, do ensino e da investigação, relacionados com o diagnóstico de angústia espiritual.*

## 2 - QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

No quadro teórico de referência iremos apresentar os contributos dos vários autores sobre o conceito de espiritualidade, a descrição das necessidades espirituais e ainda os aspetos relacionados com os diagnósticos de enfermagem e a intervenção de enfermagem. Se no início do trabalho optámos por uma análise da problemática da espiritualidade numa dimensão transversal a partir de autores ligados também a outras áreas do conhecimento, no quadro teórico recolhemos essencialmente os contributos dos autores da área da enfermagem e as evidências científicas sobre a problemática em estudo.

### 2.1 – DA ESPIRITUALIDADE E CONCEITOS AFINS

O que é a espiritualidade? Qual é o conceito de espiritualidade? Como tem evoluído este conceito ao longo do tempo?

Vaillot (1970) refere-se à espiritualidade como sendo a qualidade das forças que nos tornam ativos, ou que são o princípio essencial que nos influencia, não significando necessariamente religiosidade mas também inclui a componente psicológica. O espiritual é oposto ao biológico e ao mecânico, cuja lei pode modificar.

Existe nesta definição a tentativa de diferenciação entre o conceito de espiritualidade e o conceito de religiosidade e verifica-se de forma explícita uma ligação da dimensão espiritual à dimensão psicológica e a separação evidente da dimensão biológica da pessoa.

Colliton (1981) considera a espiritualidade como o princípio de vida que se propaga à totalidade do ser humano, incluindo as dimensões, da

vontade própria, emocional, moral e ética, intelectual e psicológica e gerando a capacidade para formação de valores transcendentais.

Amenta (1986) refere-nos que o espiritual é o próprio ou o “eu”, a essência da personalidade, a interioridade divina, da parte que está em comunhão com o transcendente. É a parte de cada indivíduo que nos conduz à consciência de nós próprios, às finalidades, valores, beleza, relacionamento com os outros e à integridade.

As definições de Colliton e Amenta revelam a importância da dimensão espiritual, ao incluírem os aspetos da vida do homem relacionados com a sua personalidade, centrando-se a essência dos conceitos na formação de valores que nos colocam em comunhão com os outros e com o transcendente.

Stoll (1989) refere que a espiritualidade envolve uma dimensão vertical, isto é o relacionamento entre a pessoa e Deus, o transcendente, os valores supremos e uma dimensão horizontal, isto é, que reflete e exterioriza a experiência suprema da nossa relação com Deus através das crenças, valores, estilo de vida, qualidade de vida, e interações conosco próprios, com os outros e com a natureza.

Nesta definição são bem evidentes as duas componentes relacionais da espiritualidade, uma relação vertical com Deus, com o transcendente e uma relação horizontal com o próprio com os outros e com a natureza, surgindo um novo elemento que é a qualidade de vida.

Para Red (1992) a espiritualidade é a predisposição para atingir significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio, de tal maneira que lhe transmite um poder que não desvaloriza o indivíduo. Esta relação pode ser experimentada intrapessoalmente como uma conexão através de cada um, interpessoalmente no contexto dos outros e no ambiente natural e transpessoalmente referindo-se a um sentido de relação para o oculto, Deus, ou um poder maior do que os nossos próprios recursos naturais.

Verifica-se nesta definição uma referência a três tipos de relações que influenciam a nossa vida, a relação intrapessoal, a relação interpessoal e a relação transpessoal. São relações que influenciam comportamentos individuais, coletivos ou manifestações de ligação a um Ser Transcendente.

Fowler (1997) refere que a espiritualidade é o caminho através do qual a pessoa compreende e vive livremente tendo em consideração o seu significado último, as crenças e os valores. É a unificação e a integração da vida da pessoa implicando um processo de crescimento e de maturação. Integra, unifica e anima por completo a narrativa ou história de cada pessoa, penetra na parte mais central da sua identidade, estabelece os fundamentos básicos para uma relação com os outros e com a sociedade, inclui o sentido do transcendente e é a lente de interpretação através da qual a pessoa vê o mundo. É o essencial para a comunidade porque é na espiritualidade, que nós experimentamos ou coparticipamos na condição humana. Pode ou não ser expressa ou experienciada em categorias religiosas.

McSherry e Draper (1998) apontam três correntes de discussão que fizeram emergir e desenvolver o conceito de espiritualidade ligado à enfermagem: a espiritualidade como uma unidade concetual e teórica emergente, a demissão da espiritualidade e o surgir do secularismo na enfermagem e por fim, a espiritualidade como uma força unificadora na fundação da filosofia holística.

Na enfermagem encontram-se algumas derivações do conceito de espiritualidade que variam desde a ligação do conceito a correntes teóricas e concetuais, à sua forte ligação às correntes teóricas defensoras da filosofia holística. Contudo verifica-se também a decadência do próprio conceito pela falta de importância que lhe é conferida no campo de intervenção próprio da enfermagem muito marcada pelo surgimento de um ambiente secularizado nas sociedades atuais.

As concepções de McSherry e Draper (1998) ajudaram a criar uma maior compreensão da dimensão espiritual do ser humano e da sua relação com a enfermagem e a desvendar a natureza complexa e diversificada da própria espiritualidade.

Os diversos contributos teóricos à volta do conceito de espiritualidade conduziram a uma definição abrangente na tentativa de incluir a singularidade de todas as pessoas.

Os autores atrás referidos, que reconheceram a complexidade do fenómeno “espiritualidade”, referem que este fenómeno não pode ser tão complexo que não tenha sentido ou tão simples que se torne desprezível para a investigação. O que distingue o conceito de religião do conceito de espiritualidade são os termos que surgem nas suas definições. No conceito de religião surgem frequentemente seis palavras: “sistemas, crenças, organização, pessoa, adoração, práticas”. No conceito de espiritualidade surgem as seguintes palavras: “pessoal, vida, princípios, animador, Ser Supremo, qualidade, relação e transcendente”.

Na perspectiva dos autores referidos considera-se hoje que o nosso conhecimento empírico deste fenómeno e a respetiva dimensão para os cuidados de enfermagem é limitado e baseado na intuição e que se apoia sobretudo nos termos ligados à religião, pelo que existe a necessidade de encontrarmos um conceito para a enfermagem que apesar de universal, reflita a unicidade e a individualidade do ser humano.

Narayanasamy (1999) descreve a espiritualidade como parte constituinte de todos os seres humanos, que se manifesta muitas vezes sob a forma de sentimentos e é a razão para a existência do homem. Refere-nos que a espiritualidade é uma parte da construção da pessoa e está presente em todos os seres humanos podendo manifestar-se como uma paz interior e uma coragem que deriva da perceção da relação com um Deus/transcendente/uma realidade última, seja qual for o ente individual que se considere como ser supremo. A dimensão espiritual implica a presença de sentimentos que revelam a existência do amor, da fé, da

esperança, da confiança, do profundo respeito e da inspiração. Através dela emerge o significado e a razão para a existência.

Dossey e Guzzetta (2000) referem que a espiritualidade é uma força unificadora da pessoa, a essência do ser que permite tudo na vida e manifesta-se em cada um de nós, na capacidade saber e de fazer; a interconexão com o próprio, com os outros, com a natureza e com Deus, a Vida, a Força, o Absoluto ou o Transcendente.

Taylor (2002) aponta algumas ideias centrais para o conceito de espiritualidade quando refere que este é um conceito que se aplica a todas as pessoas, é um aspeto inato e universal do ser humano. Todo o ser humano tem uma dimensão espiritual que integra, motiva, fornece energia e influencia integralmente a vida de cada pessoa.

Henery (2003) num artigo intitulado "Constructions of spirituality in contemporary nursing theory" apresenta os resultados de um trabalho de pesquisa onde chegou à conclusão que a literatura de enfermagem construiu o conceito de espiritualidade numa ligação entre o discurso científico e o discurso religioso.

Refere o autor acima citado que, no discurso religioso é usada uma falta de coerência e de profundidade que colocam em risco o emergir do aspeto transcendente do ser humano e no discurso científico, é evidente uma falta de precisão e de clareza, que intensificam as características da modernidade e que contribuem para uma ausência dos significados que cada ser humano atribui à morte, ao sofrimento ou às perdas.

Adianta ainda este autor que a literatura centrada na espiritualidade utiliza em primeiro lugar, uma análise do ambiente institucional moderno e da sua dimensão existencial e em segundo lugar, aplica esta análise na tentativa de ajudar as pessoas que experimentam a doença e o sofrimento. No entender deste autor, os discursos sobre a espiritualidade centram-se nos pontos fortes e nas limitações atrás referidas, do próprio discurso científico e religioso.

Narayanasamy (2004) descreve a espiritualidade como parte constituinte de todos os seres humanos, que se manifesta muitas vezes sob a forma de sentimentos, sendo a razão para a existência do ser humano.

Narayanasamy desenvolve a ideia de que a espiritualidade é uma parte da construção da espécie humana que está presente em todos os seres humanos, podendo manifestar-se como uma paz interior e a coragem que deriva da percepção da relação com um Deus/transcendente/ ou com uma realidade última, seja qual for o ente individual que se considere como ser supremo. A dimensão espiritual implica a presença de sentimentos que revelam a existência do amor, da fé, da esperança, da confiança, do profundo respeito e da inspiração. Através dela emerge o significado e a razão para a existência.

McSherry (2006) ao analisar o conceito de espiritualidade verificou a existência de muitos termos importantes (saúde, família, amigos, carreira entre outros) dado que são termos significativos para a nossa própria existência. Defende esta autora que a palavra espiritualidade pode ser interpretada de formas diferentes para cada indivíduo, no entanto também existe uma singularidade e uma originalidade na forma como percebemos individualmente o conceito. Temos então que encontrar essa originalidade e nós próprios e nos outros.

Existe a noção de que certos elementos são comuns e universalmente aplicáveis ao conceito teórico de espiritualidade. O conceito de espiritualidade não só se aplica ao ser humano que professa uma religião mas a todos as pessoas independentemente da sua afiliação religiosa e igualmente aos não crentes.

Atualmente estamos perante a necessidade de dar conteúdo a este conceito universal que em si mesmo, também é individual. A espiritualidade é uma misteriosa e complexa dimensão da nossa existência humana, que envolve aspetos da vida diária que são profundamente pessoais e sensíveis, como a religião ou a filiação

religiosa e é tão mais complexa quanto mais envolve aspetos da vida que estão intimamente entrelaçados como uma rede complexa de interligações entre crenças, valores e cultura.

Pesut *et al.* (2008) referem-se à espiritualidade como um caminho que é percorrido de forma singular por cada um de nós, um caminho através do qual a pessoa compreende e vive livremente, tendo em conta o significado último das crenças e dos valores. Esta dimensão da pessoa integra, unifica e anima por completo a narrativa ou história de cada pessoa, penetra na parte mais central da sua identidade e é experienciada como um processo de maturação e de crescimento.

Defendem ainda estes autores que o conceito encerra em si uma dinâmica de relação individual com os outros e com a sociedade, incluindo o sentido de transcendente e consideram a espiritualidade como a lente da interpretação através da qual a pessoa vê o mundo. É na espiritualidade que nós experimentamos e coparticipamos na repartida condição humana que pode ou não, ser expressa através da religião.

Deeken (2009) refere-se à espiritualidade como a capacidade humana do indivíduo estar consciente de si mesmo ou seja, a capacidade da pessoa pensar nela própria e escolher os seus próprios valores, a capacidade de procurar um sentido, pelo que muitos acontecimentos da vida do indivíduo, como é o caso do aparecimento de uma doença terminal, ou situações ligadas à morte e ao luto, poderão ser consideradas um estímulo para o crescimento espiritual, assim como podem levar a quadros de angústia espiritual.

A "angústia espiritual", segundo este autor, caracteriza-se pela perda de sentido, diminuição da capacidade de autodeterminação marcada por sentimentos de culpa, refletidos na impotência, não-alinhamento, abandono e perda de esperança, que pode resultar num desespero e que contribuem para uma elevada sensação de falta de serenidade.

Em síntese passamos a referir alguns aspetos que nos ajudam a sistematizar a informação recolhida sobre a temática em estudo.

A espiritualidade pode ser considerada uma dimensão complexa e multidimensional do indivíduo que tem relação direta com todas as restantes dimensões e aponta para uma relação com o próprio, com os outros e com Deus/Transcendente ou com uma realidade última, seja qual for o ente individual que se considere como ser supremo.

Viver a vida com os seus desafios e experiências mais ou menos enriquecedoras, colocando nelas um sentido espiritual, significa uma maior possibilidade de crescimento pessoal individual e coletivo.

Colocar nas nossas vivências quotidianas um sentido espiritual estamos a reforçar sistematicamente o potencial da nossa dimensão espiritual, o que significa uma vivência consciente da vida espiritual sem negar a importância e a necessidade das experiências materiais.

A vida em todas as suas dimensões é campo de realização do que é imortal em cada pessoa. Existem muitos aspetos que são imortais em cada um de nós. Muitas obras são hoje conhecidas e consideradas de extrema importância para o património da humanidade, que em si mesmas revelam a imortalidade dos seus autores (exemplo da música, da literatura, da escultura, da arquitetura, da religião etc.).

Para algumas pessoas a espiritualidade manifesta-se ou é vivenciada em momentos que podem ser agradáveis tão simples como, olhar a natureza ou caminhar pela noite de forma solitária, para outros, em momentos de contemplação, de meditação, de reflexão profunda sobre o sentido da vida, numa sensação de íntima ligação com o que se pensa amar ou em contacto psíquico com seres espirituais.

## 2.2 - DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS

Neste subcapítulo procuramos expressar o contributo de diferentes autores no que se refere à identificação e classificação das necessidades espirituais.

Lourenço (2004) aponta algumas necessidades que estão relacionadas com a dimensão espiritual, como sejam a necessidade de um significado para a vida, necessidade de amor e relacionamento, necessidade de perdão e necessidade de esperança. Afirma ainda que para atender às necessidades espirituais do doente, não há uma regra nem uma forma única para o fazer, dado que estas são de tal forma variadas que os recursos para a sua satisfação também são de vários tipos.

Este autor defende a ideia desenvolvida por Bolander de que “a procura, por parte do doente, dos cuidados espirituais está frequentemente ligada às práticas e crenças religiosas” (Bolander, 1999: 1839), pelo que considera que o enfermeiro deverá ter “conhecimentos suficientes das várias religiões e das respetivas práticas de forma a poder ajudar o doente na satisfação das suas necessidades espirituais, atendendo-as ou solicitando ajuda para que sejam atendidas e respeitadas” (Lourenço, 2004:115).

Roselló (2004) em “Labor Hospitalaria” refere um conjunto de necessidades que todos experimentamos e que se relacionam com a nossa dimensão espiritual: a necessidade dar sentido à existência, a necessidade de reconciliação, a necessidade de reconhecimento da identidade, a necessidade de ordem, a necessidade de verdade, a necessidade de liberdade, a necessidade de enraizamento e pertença, a necessidade de orar, a necessidade do simbólico – ritual, a necessidade

de solidão e silêncio, a necessidade de cumprir o dever e a necessidade de gratidão.

Wright (2005) refere-se a um estudo realizado com doentes em centros de cuidados paliativos em que foram identificadas vinte e nove necessidades espirituais diferentes, que foram agrupadas em seis temas: práticas religiosas, relações de companhia, envolvimento e controlo, realização de atividades, experienciar a natureza e ter pontos de vista positivos. Considera Wright que as necessidades espirituais são concebidas como a necessidade que as pessoas têm de encontrar sentido para a vida, em situações de doença e de sofrimento.

Seguem-se algumas expressões, que emergem dos discursos de doentes, que todos os profissionais de saúde podem muitas vezes encontrar nos vários contextos das práticas de cuidados e ainda a referência à necessidade espiritual que lhe corresponde, tal como Koenig e Pritchett (1998) nos sugerem.

Quando o doente verbaliza: “As vezes interrogo-me sobre o sentido que tem a minha vida” podemos estar perante a “necessidade de dar significado e sentido à vida” ou quando nos refere: “parece que nunca ninguém precisa de mim” podemos estar perante a “necessidade de se sentir útil.

A expressão “é duro pensar que não há nada mais que eu possa fazer neste mundo” sugere-nos a “necessidade de projeção no futuro (esperança)” ou “eu sinto-me desesperado, ninguém me pode ajudar a resolver o problema”, poderá indicar a “necessidade de ajuda”.

Quando um doente nos diz “verifico como é importante para mim ter amigos e gostar que eles me ajudem”, poderá estar a referir-se à “necessidade de suportar em *coping* as transições da vida”, ou quando refere “eu não queria ser um peso para a minha família quando for velho” poderá estar a expressar a “necessidade de adaptação a novas dependências”.

Com alguma frequência os doentes verbalizam: “desejaria ser capaz de poder encontrar uma solução quando me surgem os problemas”, podemos estar perante a “necessidade de transcender mudanças de vida” ou quando refere: “eu quero que as pessoas respeitem mais a minha privacidade” pode estar a referir-se à sua “necessidade de ter dignidade pessoal”.

Por vezes ouvimos esta expressão nos doentes: “será que o senhor me quer ouvir agora? O que poderá indicar a “necessidade de expressar sentimentos; ou referir expressamente “tenho medo de morrer” o que nos pode indicar a “necessidade de aceitar e preparar a morte”.

Por vezes os doentes dizem-nos: “sou chamado a participar no meu grupo de ajuda todos os meses” estamos assim perante a “necessidade de participar em grupos” ou “eu tento ajudar outros que como eu têm cancro da mama” o que poderá indicar a “necessidade de amar e servir os outros”.

A expressão “eu queria dizer ao meu pai, quanto arrependido estou do que lhe fiz” pode indicar-nos a “necessidade de me arrepender e de ser perdoado” ou a expressão “senti-me traído mas sei que a raiva me prejudica”, pode indicar-nos a “necessidade de perdoar”.

Quando o doente verbaliza: “os meus filhos abandonaram-me mas não posso deixar de pensar neles” podemos concluir da “necessidade de lidar com a falta de amor de outros significativos” ou as expressões: “será que Deus existe? Como podemos ter a certeza que existe uma força poderosa que faz mover este universo? Podem indicar-nos que estamos perante a “necessidade de ter a certeza que existe Deus ou um poder transcendente no Universo”.

Ainda quando o doente nos diz: “acredito que posso sentir Deus presente – como um amigo” estamos perante a “necessidade de experimentar a presença de Deus” ou “vou à Igreja ajoelho e rezo sempre em frente ao sacrário” ou “vou à sinagoga e retiro o chapéu, para receber

o amor de Deus” estamos perante a “necessidade de servir e adorar Deus”.

Ouvimos com alguma frequência também esta expressão: “Gosto de ler a bíblia todos os dias, ajuda-me a compreender melhor o mundo” o que poderá indicar a “necessidade de aprender a partir dos escritos inspirados por Deus” ou “individualmente posso fazer alguma coisa, mas em grupo posso mudar o mundo” poderá indicar a “necessidade de reconhecer o “poder que podemos ter de mudar positivamente a sociedade, quer individualmente quer em grupo”.

O doente poderá ainda verbalizar: “Pertença ao grupo que luta pela procura de melhores condições de vida ou de tratamento dos que estão oprimidos” o que indica a “necessidade de ser respeitado e valorizado”.

São estas expressões que Koenig e Pritchett (1998) nos sugerem como expressões que estão relacionadas com as necessidades consideradas espirituais, contudo poderão existir muitas outras, com significado idêntico a estas que acabamos de referir, que encontramos todos os dias nos nossos contactos com os utentes nos serviços de saúde, que poderão ser indicadores da necessidade de darmos resposta a algumas alterações verificadas nas necessidades espirituais.

As expressões idênticas ou semelhantes às referidas, são indicadores de que há necessidades espirituais sobre as quais, num processo de cuidados de enfermagem temos que intervir, isto é ajudar a dar resposta. É importante que estas necessidades, que fazem parte da existência humana, sejam cabalmente satisfeitas a fim de que se possam prevenir situações de diagnóstico que exigem cuidados especializados no domínio da espiritualidade, como é o caso particular do diagnóstico em estudo: angústia espiritual.

Existem também outros instrumentos de recolha de dados (questionários, escalas, etc.) que a bibliografia sobre esta temática aconselha para a fase de apreciação no processo de cuidados de enfermagem.

Ku (2010) realizou um estudo onde testou a validade de uma escala de distress espiritual com quatro domínios: a relação com o próprio, a relação com os outros, a relação com Deus e a atitude perante a morte. A importância das relações com os outros, no domínio da espiritualidade, é verificada através da interação com os que o rodeiam. É nesta interação com os outros que os doentes com cancro podem identificar o sentido que tem a sua existência e como se podem considerar como pessoas únicas e com valor para os outros. É considerada pelo seu autor, que esta é uma das escalas que avalia a relação com os outros e que pode ser usada pelos enfermeiros para a avaliação das situações de angústia espiritual.

Em resumo passamos a referir alguns aspetos relacionados com as necessidades espirituais, que nos parecem significativos.

O bem-estar espiritual acontece quando tentamos satisfazer as necessidades espirituais tais como, a procura do significado do transcendente, a sensação de dar e receber o perdão, a manutenção da esperança ou a vivência do amor na relação com os outros.

No que se refere à classificação das necessidades espirituais, existem as mais variadas conceções, no entanto as que mais se referem na bibliografia consultada são: a necessidade dar sentido à existência, a necessidade de reconciliação, a necessidade de reconhecimento da identidade, a necessidade de ordem, a necessidade de verdade, a necessidade de liberdade, a necessidade de enraizamento e pertença, a necessidade de orar, a necessidade do simbólico-ritual, a necessidade de solidão e silêncio, a necessidade de cumprir o dever e a necessidade de gratidão.

No contacto com o doente e com a família, na entrevista de acolhimento ou no decurso de um processo de cuidados, podemos encontrar nos discursos dos doentes, particularidades que são reveladoras de alterações nestas necessidades espirituais e que necessitam de uma intervenção especializada.

É predominantemente no diálogo com os doentes, quer no momento inicial do acolhimento quer em momentos posteriores de prestação de cuidados, que me parece podermos ver emergir com rigor a expressão da necessidade de intervenção sobre as necessidades espirituais.

### 2.3 – DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Pela observação da realidade e pela nossa experiência percebemos que são poucos os enfermeiros que, quando organizam ou realizam o planeamento de cuidados, estão atentos às necessidades espirituais dos doentes.

Contudo muitos outros enfermeiros sentem-se, por vezes, impossibilitados de responder a estas mesmas necessidades, pela falta de formação adequada nesta área ou porque consideram que os cuidados decorrentes da avaliação das necessidades espirituais são do campo de intervenção de outros profissionais, nomeadamente capelães hospitalares ou outros membros de culto, ligados às mais diversas religiões.

No contexto dos cuidados de saúde os enfermeiros poderão criar as condições para prestar este tipo de cuidados, uma vez que se deparam no seu quotidiano profissional, com situações de ameaça à vida por vezes muito difíceis de ultrapassar pelos doentes, podendo criar as melhores condições para que, numa situação de escuta ativa, possam avaliar as necessidades dos doentes e perceber as suas convicções de forma a poderem planear, prestar e avaliar cuidados relacionados com a dimensão espiritual do ser humano.

No processo de cuidados de enfermagem o diagnóstico que muitas vezes surge na fase de apreciação é o de “angústia espiritual”.

Thomas (1993) justifica este diagnóstico com o facto dos doentes internados, para além de terem medo da morte também manifestam o medo de estar sós. Contudo os enfermeiros, não podendo impedir que a morte aconteça, podem acompanhar os doentes e estar presentes nesses momentos, sempre muito difíceis para o próprio doente e para a sua família.

Conrad (1985) defende que os enfermeiros devem sentir-se aptos no domínio do conhecimento na área da espiritualidade e para que possam prestar cuidados espirituais, além das competências na área da comunicação, devem demonstrar uma atitude empática. Refere ainda que existem quatro áreas a prestar atenção quando se faz o planeamento de cuidados espirituais: o conceito de Ser Supremo em que se acredita, a fonte de força para a pessoa, o significado das práticas religiosas e dos rituais e ainda, no que acredita que pode influenciar a relação entre as crenças e a sua situação de saúde.

Mas Jacik (1987) defende que os enfermeiros só poderão prestar cuidados espirituais, se eles próprios examinarem em primeiro lugar as suas convicções ou ainda quando descobrirem os princípios que orientam as suas próprias vidas. Aponta ainda alguns aspetos que os enfermeiros devem considerar, que os ajuda a cuidar do outro, como seja: uma visão holística como filosofia de vida, a consciência da sua própria mortalidade e da temporalidade da vida humana e ainda a aceitação da vida como uma transição.

Em Portugal, na Universidade Católica Portuguesa, está em curso uma investigação visando esclarecer a relação entre o desenvolvimento espiritual do enfermeiro e as competências para o cuidado espiritual.

Hamner (1991) refere alguma preocupação ao referir que a avaliação das necessidades espirituais não é incluída na apreciação, apesar dos enfermeiros se empenharem em prestar cuidados considerados holísticos.

McEvoy e Duffy (2008) consideram que a enfermagem é holística por natureza porque tradicionalmente considera a pessoa como um todo numa inter-relação entre corpo, mente e espírito, num ambiente em constantes alterações.

Alguns estudos apontam para que a dimensão da espiritualidade seja englobada na dimensão psicossocial, contudo Pilhas (1990) explica que a dimensão psicossocial envolve a relação de ser humano com ele próprio, com os outros e com o ambiente, enquanto a dimensão espiritual trata da relação de ser humano com ele próprio mas também com um Ser Supremo ou Deus, com a natureza ou com a vida.

No mundo atual e fruto do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, começa a emergir a devida relevância da dimensão da espiritualidade nos cuidados de enfermagem. Os grupos de investigação nesta área estão a implementar-se em Portugal.

Sediado na Universidade Católica Portuguesa existe um grupo de investigação, ao qual pertencemos, que analisa e discute problemáticas da área da espiritualidade e saúde e agrega os investigadores que estão a produzir conhecimento nesta área, como um contributo essencial para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e para o desenvolvimento das práticas profissionais em enfermagem.

Num quadro dos cuidados de enfermagem, os cuidados espirituais são essenciais a qualquer doente e em qualquer fase da sua doença, sobretudo em fases avançadas ou mesmo em doentes em fase terminal. Contudo Fitzgerald (1987) defende que o doente agonizante não tem necessidades espirituais especiais, porque numa situação de doença em que a vida está ameaçada, as pessoas têm uma maior consciência do tempo que lhes resta e da forma como isso os ajuda a analisar os factos da vida com mais profundidade.

Mas a evidência parece demonstrar que os cuidados espirituais podem aumentar a riqueza do significado da vida, a esperança, o amor e trazer uma maior satisfação nos momentos finais da vida e Labun (1988)

reforça esta visão, declarando que os doentes que enfrentam a morte ou uma crise importante na sua vida encontram momentos de intensa espiritualidade ao viverem estas experiências próximas da morte.

Mackenzie (1992) defende que as pessoas que experimentaram experiências próximas da morte ficam com uma sensibilidade mais apurada na sua dimensão espiritual, têm uma vivência do amor diferente, referem uma aproximação mais intensa a um Ser Supremo ou a Deus, têm necessidades espirituais mais marcadas e procuram uma melhor forma para descobrir o sentido da vida no futuro.

Segundo Thomas (1993) a satisfação espiritual acontece quando tentamos satisfazer as seguintes necessidades espirituais: a procura do significado do transcendente, a sensação de dar e receber o perdão, a manutenção da esperança e a vivência do amor na relação com os outros.

No percurso de doença alguns doentes mantêm a esperança mesmo quando se aproxima a morte. A esperança surge integrada numa estratégia de sobrevivência onde se jogam os diversos fatores que a promovem ou inibem. A esperança é assim reconhecida como uma força interior promotora de vida por alguns autores como Gaskins (1995), O'Connor (1996) ou como uma expectativa de um futuro mais brilhante para si e para os outros como refere Herth (1993).

Belcher (2009) acreditava que a capacidade de rir e de ter esperança ajudava no tratamento do cancro, tendo elaborado vários estudos e organizado várias sessões de tratamento baseadas na sua teoria, porque estava assim convencida, que o humor e a capacidade de utilizar grandes quantidades de energia onde a esperança estivesse presente, ajudavam a rejuvenescer o espírito renovando desta forma o corpo.

A evidência parece também demonstrar que os enfermeiros ao prestarem cuidados espirituais contribuem para dar um maior significado às experiências que poderão estar a ser vividas desprovidas de sentido ou que nos surgem mesmo como se não tivessem qualquer sentido.

Fitzgerald (1987) acredita que os enfermeiros são privilegiados, porque lhes é permitido testemunhar a vulnerabilidade do outro nos momentos de sofrimento e da morte, mas os cuidados da área da espiritualidade valorizam a consciência do sentido da vida e ajudam a encontrar significado para os acontecimentos que nos preenchem a vida. Para este autor, o sofrimento também nos pode ajudar a questionar o sentido do nosso próprio sofrimento.

Já Kubler-Ross (1991), no seu livro "Sobre a morte e o morrer" nos referia, que o doente em fase terminal pode sentir alguma ansiedade resultante de sentimentos de culpabilidade por alguns acontecimentos da sua vida ou por omissões em relação a outros. A sensação de culpabilidade pode ser, muitas vezes, aliviada pela presença e pela escuta ativa do enfermeiro.

Thomas (1993) aponta a oportunidade para a reconciliação da pessoa consigo própria e com os outros, como uma tomada de consciência da vulnerabilidade da natureza humana, da limitude e da fragilidade do ser humano e acrescenta que a aceitação desta vulnerabilidade e da própria fragilidade da nossa existência pode ajudar o doente a aliviar a angústia espiritual.

O sofrimento não tem uma manifestação única, nem o mesmo sentido ou significado para todos os indivíduos. O que é sofrimento para uma pessoa não é o mesmo necessariamente para outra pessoa. Para Brant e Minayo-Gomez (2004) o homem sofre porque passa a perceber a sua finitude, o que trás para o sofrimento uma dimensão existencial.

Nolan *et al.* (2006) participaram num estudo com familiares de doentes com cancro do pâncreas partindo do pressuposto de que os familiares necessitam de apoio psicológico, uma vez que este tipo de cancro é muito agressivo e altera muito a aparência física e psicológica dos doentes, o que afetará também os seus familiares. Os familiares mais próximos sentem necessidade de encontrar na religião o apoio espiritual de forma a conseguirem um maior suporte durante a doença do seu ente

querido. Este apoio espiritual foi considerado pela maioria dos inquiridos como uma fonte de força e esperança que os ajuda a ultrapassar a sua situação de sofrimento em cada dia.

Pedrão e Ruth (2010) realizaram um estudo que tinha como objetivos: avaliar o bem-estar dos enfermeiros, verificar a sua opinião sobre a importância de oferecer ao doente assistência espiritual e verificar também se obtiveram ou não, durante a sua formação profissional algum tipo de preparação para prestar assistência espiritual ao paciente.

O estudo revelou que os enfermeiros reconhecem a importância da assistência espiritual, dado que proporcionam bem-estar e conforto ao indivíduo. Através da assistência espiritual torna-se possível promover a esperança em doentes com angústia espiritual, o que constitui um contributo para se olhar para a pessoa de forma holística. Alguns enfermeiros consideraram que não cabe à enfermagem interferir nesse assunto e mais de metade dos inquiridos referiu não ter recebido, durante o curso de enfermagem, formação para prestar assistência espiritual ao doente.

Passamos agora a referir em síntese, o que sobre os cuidados espirituais nos parece que é de valorizar.

Os cuidados espirituais podem aumentar a riqueza do significado da vida, a esperança, o amor e trazer uma maior satisfação nos momentos finais da vida.

Os enfermeiros devem aprofundar a sua formação para se sentirem aptos no domínio do conhecimento na área da espiritualidade para que os cuidados espirituais sejam devidamente integrados nas práticas profissionais.

Considera-se, também, que os enfermeiros podem promover a esperança nos doentes em qualquer fase da sua doença, uma vez que quando aliviam a dor, facilitam o sono, promovem a sua higiene pessoal ou realizam outros cuidados de manutenção da vida, podem também

contribuir para a realização da própria vida nos seus aspetos mais significativos e também fundamentais, como poderá ser a sua possível relação com o transcendente.

Dos autores consultados ressalta que os cuidados espirituais são essenciais no processo de cuidados ao doente em qualquer fase da doença.

### **2.3.1 - Dos diagnósticos de enfermagem**

Lopes (2006) defende que o processo de avaliação diagnóstica está sempre presente ao longo de toda a relação que o enfermeiro estabelece com o doente e reinicia-se sempre que o doente e enfermeiro se reencontram, acontecendo em simultâneo com a intervenção, podendo conduzir à alteração do próprio processo de avaliação de diagnóstico.

Existem alguns diagnósticos de enfermagem já estudados, testados e aceites pelas comunidades científicas de enfermagem. A *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* definiu os seguintes diagnósticos:

- Angústia Espiritual - Estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou está em risco para apresentar um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida.

*a) Evidenciada pela incapacidade para praticar os ritos espirituais;*

*b) Relacionada a conflitos entre crenças religiosas ou espirituais e regime de saúde prescrito;*

*c) Relacionada com a crise de doença/sufrimento/morte (Carpenito, 1977).*

- Distress Espiritual (ou risco) – incapacidade para experimentar e integrar o sentido e a finalidade da vida através das relações consigo

mesmo, com os outros, com a arte, música, literatura ou um poder sobrenatural (Carpenito, 1977).

Na Classificação Internacional para a Prática de enfermagem na Classificação dos Fenómenos de Enfermagem (2006) no Eixo A: Foco da prática de Enfermagem estão definidos alguns conceitos que são essenciais para a construção dos diagnósticos de enfermagem segundo este sistema classificativo.

Sobre Crenças a linguagem classificada ICNP/CIPE (2006) apresenta os seguintes conceitos:

*“- **Crença** - Atitude com as características específicas: Opiniões, convicções e fé.*

*- **Crença Cultural** - Crenças com as características específicas: Convicção e disposição da pessoa para manter ou abandonar ações tendo em conta os valores da sua própria cultura.*

*- **Crença Errónea** - Crença com as características específicas: Falsa crença fixa, obtida sem adequada estimulação externa e inconsistente com o próprio conhecimento e experiências do indivíduo, uma falsa crença a respeito da estrutura do mundo social e natural que não pode ser corrigida pela razão, argumentação ou persuasão ou pela evidência dos próprios sentidos” (p.78).*

*- **Crença Religiosa** - Crença com as características específicas: Convicção e disposição pessoal para manter e abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios, fé religiosa que impregna, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um (p.79).*

*- **Crença Espiritual** - Crença com as características específicas: Convicção e disposição pessoal para reter e abandonar ações tendo os princípios de vida que impregnam, integram e transcendem a natureza biológica e psicossocial de cada um (p. 80).*

Sobre Angústia a linguagem classificada ICNP/CIPE (2006) apresenta os seguintes conceitos:

- **Angústia** - Emoção com as características específicas: Sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição (p.85)

- **Angústia Espiritual** - Angústia com as características específicas: Rotura como que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade (p. 90).

Sobre Esperança a linguagem classificada ICNP/CIPE (2006) apresenta os seguintes conceitos:

- **Esperança** - Emoção com as características específicas: Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, optimismo; associada ao traçar objetivos e mobilização de energia (p. 87).

Sobre Serviço Religioso a linguagem classificada ICNP/CIPE (2006) apresenta os seguintes conceitos:

- **Serviço** - Processo com as características específicas: Disponibilidade, atribuição e distribuição de sistemas que correspondem a uma necessidade pública e a benefícios comuns para as pessoas.

- **Serviço Religioso** – Serviço (p. 90)

Sobre Processo a linguagem classificada ICNP/CIPE (2006) apresenta os seguintes conceitos:

- **Processo Social** - processo com as características específicas: processo segundo o qual os indivíduos aprendem a viver de acordo com as expectativas e os padrões de um grupo ou da sociedade; adquirir crenças, hábitos, valores e aceitar estilos de comportamento através da imitação,

*interação familiar e sistemas educacionais; procedimentos segundo os quais a sociedade integra os indivíduos.*

- **Processo Espiritual** – Processo
- **Comportamento Espiritual** - Processo espiritual
- **Meditação** - Comportamento espiritual
- **Rezar** - Comportamento espiritual
- **Culto** - Comportamento espiritual (p. 90-91)

Sobre Saúde a linguagem classificada ICNP/CIPE (2006) apresenta os seguintes conceitos:

- **Saúde** - *Status com as características específicas: Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade.*
- **Bem-Estar** - *Saúde com as características específicas: Imagem mental de bem-estar, equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência.*
- **Bem-Estar Espiritual** - *Bem-Estar com as seguintes características específicas: Imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial.*
- **Status Espiritual** – *Status (p. 95).*

Apresentamos os conceitos tal como são enunciados nos documentos publicados pela CIPE, porque é essencial que se conheça o significado expresso do termo ou da definição, e porque as definições lógicas e textuais podem-nos ser úteis, para validar o significado dos próprios conceitos.

O diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual é proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association*, desde 1980, e descreve as respostas do indivíduo relacionadas com a sua dimensão

espiritual. Segundo esta associação (NANDA, 2008), “angústia espiritual” é definida como a “capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor”.

Importa agora referir as características definidoras do próprio diagnóstico que podemos considerar como os indicadores válidos para a apreciação e para podermos reconhecer o referido diagnóstico nos doentes, num contexto de práticas profissionais.

Segundo Carpenito (2005: 762) são características definidoras deste diagnóstico:

**Maiores:**

*Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus*

**Menores:**

- *Expressa falta de significado/propósito na vida e da morte*
- *Expressa raiva de Deus*
- *É incapaz de experimentar a transcendência*
- *Expressa alienação ou isolamento*
- *Questiona o sofrimento*
- *Expressa falta de serenidade*
- *Expressa desespero*
- *Expressa necessidade de assistência espiritual*
- *Expressa falta de esperança*
- *Expressa falta de amor*
- *Sente-se abandonado*
- *Expressa sentimentos de culpa*
- *Recusa interagir com pessoas significativas*
- *Expressa alteração do comportamento: tristeza e Choro*
- *Expressa falta de coragem*
- *É incapaz de expressar criatividade*
- *Expressa sentimentos de pesar*
- *Expressa alteração do comportamento: raiva*
- *Não se interessa pela natureza/ambiente*
- *Expressa revolta*

O diagnóstico poderá ter origem em determinados fatores que importa identificar. É sempre importante conhecer a causa desencadeante da situação em estudo.

Segundo Carpenito (2005: 762) são fatores relacionados com o diagnóstico:

**Fisiopatológicos**

Relacionados aos desafios ao sistema de crenças ou à separação de vínculos espirituais secundários a:

- *Perda de função ou parte do corpo;*
- *Doença terminal;*
- *Doença debilitante;*
- *Dor;*
- *Trauma;*
- *Aborto.*

**Relacionados com o tratamento**

Relacionados com o conflito entre (o regime prescrito) e as crenças:

- *Aborto;*
- *Cirurgia;*
- *Transfusão de sangue;*
- *Restrições dietéticas;*
- *Isolamento;*
- *Amputação;*
- *Medicamentos;*
- *Procedimentos médicos.*

**Situacionais (Individual, Ambiental):**

Relacionados com a morte ou a doença de pessoa significativa.

Relacionados com o constrangimento em praticar os rituais espirituais.

Relacionados com as barreiras à prática de rituais espirituais.

Restrições do atendimento intensivo:

- *Confinamento ao leito ou ao quarto;*
- *Falta de privacidade;*
- *Falta de disponibilidade de alimentos/dieta especial.*

Relacionados a crenças que têm oposição da família, amigos ou das pessoas que prestam cuidados.

Relacionados a divórcio ou a separação da pessoa amada.

Acabámos de caracterizar o diagnóstico que nos serviu de base ao processo investigativo, contudo importa ainda referir que as características definidoras são indicadores muito úteis para, numa fase de apreciação, podermos identificar a presença do referido diagnóstico.

Tendo em conta as características definidoras apresentadas, considerámos importante a realização de uma pesquisa bibliográfica que nos ajudasse a encontrar essas mesmas características em situação

de cuidados. É importante que sejam procuradas evidências científicas que nos ajudem a suportar o processo de investigação.

Os vários estudos revelam diversas manifestações de sentimentos que poderão indicar a presença de necessidade de intervenção na área da espiritualidade, como sejam a falta de esperança, o isolamento, a alienação, a angústia, o desespero, a revolta ou o abandono entre outros, como passamos a referir.

Castro e Car (2000) referem que a hipertensão arterial pode causar complicações sérias na saúde do indivíduo que comprometem o seu estado físico, provocando mudanças no seu estilo de vida pelo que o controlo adequado da pressão arterial promove a redução de complicações e melhora as expetativas de vida.

O tratamento desta doença crónica transcende os métodos clínicos, sendo necessário inculcar no indivíduo os métodos adequados para este poder lidar com as mudanças psicológicas e sociais que uma doença incurável origina na sua vida e na vida dos respetivos familiares.

Referem os autores atrás identificados que psicologicamente, o indivíduo apresenta sentimentos de raiva, revolta, tristeza, solidão e angústia e diariamente trava uma luta consigo mesmo onde aceita ou nega o diagnóstico da sua doença. Os hipertensos atravessam, principalmente, três fases: a primeira corresponde à resistência, onde o indivíduo nega a doença; de seguida passa por um processo de aceitação, ou seja, existe consciência e lamentação da doença através da depressão, da revolta e do choro. Por fim, a última fase, relaciona-se com a aceitação e adaptação ao novo equilíbrio das emoções.

Refere ainda este estudo que as mudanças ocorridas na vida dos doentes após o início dos cuidados englobam um período problemático que provoca sentimentos negativos. As reações de revolta e de raiva, devido às imposições com que são confrontados na sua vida, são frequentes e demonstram o sofrimento que está presente na vida dos doentes.

Gir e Reis (2001) detetaram nos enfermeiros e nos doentes com VIH, no decurso do processo de doença, alguns sentimentos relevantes. Os sentimentos presentes nos profissionais de saúde, em particular no enfermeiro que é o membro da equipa de saúde com mais interação, são principalmente o sofrimento psicológico e a preocupação. Por outro lado, nos doentes com VIH, os sentimentos mais evidentes foram a raiva, a revolta, o medo e o cansaço mental e físico.

A família desempenha um papel de apoio muito importante no acompanhamento dos percursos de sofrimento de qualquer doente. Defende Pejler (2001) que quando a doença mental atinge uma pessoa, como por exemplo a esquizofrenia, esse facto provoca alterações a todos os níveis no seio familiar e acarreta uma grande sobrecarga emocional, considerando-se uma etapa crítica na vida da família. Muitos doentes culpabilizam a sua família pela sua doença e tendem a distanciar-se da reabilitação psiquiátrica devido aos sentimentos de culpa ou pelo medo de serem criticados.

Hirai *et al.* (2003) empreenderam uma pesquisa com três grupos de profissionais: psiquiatras, psicoterapeutas e enfermeiros. Verificaram que muitos sentimentos de ansiedade surgem devido ao medo que o doente manifesta, por não poder controlar a sua vida no momento atual ou no futuro. Os sentimentos de culpa podem surgir associados à sua vida passada, a fatores da sua vida que de algum modo sente que influenciaram a condição atual, acabando por se culpabilizar. A dependência que sente está muitas vezes relacionada com o facto de perder algumas capacidades funcionais, e porque passa a não conseguir realizar algumas tarefas sozinho, precisa de alguém que o ajude, sentindo-se muitas vezes inutilizado, aumentando o seu sentimento de frustração.

Cheryl (2004) chegou à conclusão que a alienação é bastante comum em áreas densamente povoadas pelo que os profissionais devem estar preparados e equipados para trabalhar com os utentes que estão a ser

vítimas desta condição. Muitas vezes, também, podemos confundir solidão e isolamento ou mesmo alienação com o isolamento geográfica entre as pessoas.

Estar sozinho pode ser doloroso e provocar momentos de desespero mas também pode servir para meditar, refletir, imaginar, escrever, planejar algo e até mesmo tomar decisões sobre o futuro.

Em Portugal a assistência espiritual e religiosa é hoje reconhecida como um dos direitos dos doentes internados nos hospitais. Os estudos revelam a importância desta assistência no plano assistencial dos serviços de saúde. Elkins e Cavendish (2004) referem-se à tomada de consciência e à intenção de prestar assistência espiritual à criança é à família, por parte dos enfermeiros, no contexto da prestação de cuidados de qualidade. Os pais das crianças internadas olham para a assistência espiritual como o conforto, a esperança e o alívio frente à desgraça que os afeta.

Defendem ainda os autores atrás referidos, que a angústia espiritual pode surgir quando uma criança vivencia uma mudança no seu estado de saúde, quando uma doença se torna crónica ou quando sente que está a morrer. Os enfermeiros, através da avaliação da comunicação verbal e não-verbal e dos comportamentos da criança, podem encontrar uma situação de angústia espiritual instalada. Comportamentos tais como, manipulação de uma situação, incapacidade de dormir, choro, pesadelos ou uma atitude indiferente constituem um sinal de alerta relativamente à presença de angústia espiritual na criança. A assistência espiritual pode ajudar a atribuir o sentido de conforto, esperança e força e serve ainda de mecanismo para enfrentar a condição de doença. No estudo que estamos a referir sobressai que os doentes continuam a considerar que os enfermeiros são prestadores de cuidados espirituais.

A sensação de abandono é muitas vezes referida pelos doentes e também pode ser verificada nos cuidadores. Givem *et al.* (2004) estudaram os fatores relacionados com a sobrecarga do cuidador e a

depressão, durante os meses finais de vida do doente. A depressão do cuidador é uma perturbação do humor, que pode ser provocada pelo esforço empreendido na prestação de cuidados. Pode manifestar-se por sentimentos de solidão, isolamento, abandono, medo e irritabilidade.

Revelou o estudo referido que os cuidadores de baixo nível social registam níveis mais elevados de sofrimento, os cuidadores com idades entre os 35-44, são os que mencionam o sentimento de abandono mais forte. O cuidador tem um papel ativo na maior parte do processo interagindo sempre com a equipa multidisciplinar e quando se aproxima a fase terminal, também sente um abandono pela parte desta, sentindo-se sozinho na luta e muitas vezes abandonado.

Jaspard (2004) realizou um estudo com enfermeiros onde tentou caracterizar a lógica das relações entre sofrimento e fé e concluiu que o sofrimento é uma realidade existencial comum e autónoma no plano "simplesmente humano". Neste plano é vivido com uma tonalidade emocional negativa bastante carregada e de teor desagradável. Se a própria pessoa sofre, isso não muda quase nada a imagem que ela tem dela, mas se alguma outra pessoa sofre isso modifica a imagem que se tem dessa pessoa. A experiência do sofrimento pode modificar o sentido que se dá à vida, quando também olhamos para o sofrimento do outro.

O estudo atrás referido revela ainda que, quando se estimula a aproximação da questão do sofrimento humano com o campo religioso da vida dos entrevistados, as referências ao sofrimento revelam-se bastante polifónicas e as vozes podem ser muito discordantes. O sofrimento pode suscitar a dúvida como pode alimentar a confiança. Deus pode não ser reconhecido diretamente como responsável pelo sofrimento, mas alguns não hesitam em levantar-lhe a questão da sua implicação ou do sentido de castigo que se lhe pode atribuir.

Para Jaspard (2004) as várias formas de levantar esta questão têm correlação com várias posições religiosas encontradas no estudo: os mais distantes da fé quase excluem a referência religiosa da questão levantada

pelo sofrimento; os que têm dúvidas, embora permanecendo muito ligados à fé em Deus, são os mais incisivos e os mais intolerantes frente a um Deus que permite o sofrimento; os que creem com confiança tendem a pensar que Deus está próximo dos que sofrem e que os ajuda na procura do caminho a seguir.

Em conclusão Jaspard refere que a experiência humana do sofrimento não deixa a atitude religiosa indiferente. Uma experiência de sofrimento pode estimular a atitude religiosa, pode fazer progredir a vida de fé ou provocar a atitude contrária, a negação daquilo em que acredita.

Kylmä (2005) encontrou sentimentos de desespero e falta de esperança quando um membro da família se debate com o diagnóstico de VIH e acrescenta que a ajuda às pessoas que vivem com VIH, passa por troca experiências onde os sentimentos de desespero e de falta de esperança estiveram presentes.

Tarakeshwar *et al.* (2006) analisaram a forma como o uso de estratégias de *coping* religiosas, tanto positivas como negativas, em doentes com cancro em fase avançada, está relacionado com as múltiplas dimensões da qualidade de vida. De acordo com os dados obtidos, os resultados positivos de *coping* religioso estão relacionados com melhores índices de qualidade de vida. Por outro lado, os resultados negativos de *coping* religioso foram associados a piores níveis de qualidade de vida, tal como a menores índices relacionados com as dimensões, psicológica e existencial da qualidade de vida.

Apesar do uso das estratégias negativas de *coping* religioso ser praticamente raro, contudo quando surgem estão relacionadas com sentimentos de raiva e de abandono dos indivíduos em relação a Deus.

Os autores referidos destacam que os vários estudos já realizados poderão evidenciar os benefícios de intervenções relacionadas com o apoio espiritual no tratamento de doentes que estão em fase terminal. Estas intervenções darão lugar a discussões religiosas onde os doentes

poderão expressar os seus sentimentos de abandono, punição e raiva em relação a Deus, sem quaisquer sentimentos de culpa, o que deverá ser um importante passo para que os doentes encontrem sentido e significado na vida, na sua própria doença e na reconstrução da sua relação com Deus.

Pela nossa observação da realidade podemos constatar que praticamente todos os dias se ouve falar de *stress* e dos seus efeitos negativos na saúde do ser humano. A evidência científica revela-nos que o efeito real e imediato daquilo a que chamamos *stress* é a ativação de todos os recursos disponíveis, o que se revela indispensável num número variável de circunstâncias da nossa vida diária.

Quase todos os acontecimentos são passíveis de provocar *stress*, alguns são perfeitamente óbvios, como é o caso das doenças graves, outros nem por isso, como é o caso de atividades difíceis de conciliar, imprevistos, etc. sendo no entanto certo que o *stress* é inevitável enquanto vivemos e que os fatores de *stress* são diferentes para cada um de nós. A algumas fontes de *stress* não podemos escapar, enquanto outras podemos evitar ou gerir.

Vaz Serra (1988) afirma que o ser humano não consegue viver desligado do *stress*, pelo que *stress* e  *coping* estabelecem entre si uma conexão íntima. *Coping* é um termo que se aplica às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas, nesta mesma linha de pensamento, Ribeiro (2005) confirma que o *stress* e o  *coping* são duas faces da mesma moeda e acrescenta mesmo que na ausência total de *stress*, ou seja sem estimulação, o homem morreria.

O autor acima referido defende que os agentes stressores provocam reações como medo, ansiedade, zanga, hostilidade e agrupam-se em três grandes categorias: pequenos stressores, que designam os estímulos que não têm impacto no organismo, que não provocam reações de alarme; grandes stressores, que mobilizam o organismo ativando a síndrome geral

de adaptação (SGA); e stressores letais, tão fortes aos quais o organismo não consegue reagir conduzindo-o então à morte.

Para Lazarus (1993) os comportamentos de *coping* são considerados como um processo transacional entre a pessoa e o meio com ênfase no processo. Assim o *coping* é uma parte importante da resposta ao stress e nesta perspetiva transacional engloba dois grandes tipos de *coping*: o *coping* focado nas emoções, para referir os esforços para lidar com respostas emocionais que o indivíduo dá ou que emergem perante os stressores; e o *coping* focado no problema, para referir as estratégias para lidar com os próprios stressores.

Nesta linha de pensamento Serra (1988) considera que na perspetiva transacional, em primeiro lugar, salienta-se a descrição de pensamentos e ações que ocorrem numa dada situação stressante ou em vários estádios dessa situação; em segundo lugar, a avaliação do *coping* não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação, questiona o que se passou num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da situação ou contexto (é um processo). Isto ocorre como resultado de uma interação ativa entre a pessoa e o meio com base numa relação psicológica pessoa-meio; em terceiro lugar, a avaliação do *coping* implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas ações e pensamentos relacionadas com o *coping*; e em quarto lugar deve haver prudência na avaliação se um processo de *coping* é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objetivos, dos resultados procurados e das suas preocupações.

Relativamente a influência das crenças na saúde das pessoas Gullatte (2006) chegou à conclusão que estas crenças poderão constituir um problema para o tratamento precoce de mulheres com cancro da mama. Os investigadores relatam que as mulheres afro-americanas demoram em média três meses a iniciar o tratamento, o que contribui para o aumento da mortalidade segundo esta doença. Os fatores

socioeconómicos, as dificuldades de acesso à saúde, a falta de conhecimento, os fatores espirituais e religiosos e o medo, são referidos como sendo os aspetos que mais contribuem para o atraso no tratamento. Os fatores religiosos são determinantes para uma aceitação da doença, mas também são muitas vezes vistos como o apoio suficiente em si mesmo, o que conduz a atrasos nas decisões de procura de tratamento adequado.

Giske e Gjengedal (2007), num estudo com doentes com problemas gastrointestinais, referem que estes doentes quando têm a notícia de que o diagnóstico não é favorável, precisam de apoio na gestão da situação com vista a promover a esperança e a prevenir as situações de desespero. O desespero está relacionado com a pouca esperança, pelo que é necessário que os doentes possam manter um equilíbrio entre a esperança e o desespero. Algumas emoções como o medo, a insegurança, o desespero e a revolta estão presentes em muitos doentes nos seus diversos percursos de doença. Verificam-se nos doentes em fim de vida, muitos sentimentos como por exemplo, a frustração, a sensação de fragilidade, o medo, a impotência, a indignação, as atitudes de revolta e a desistência de viver.

É a expressão destes sentimentos que nos poderão ajudar a identificar nos doentes o diagnóstico de angústia espiritual.

De acordo com Canesqui (2007) e Tarouco (2009) as pessoas quando se confrontam com a sua situação de doença e sobretudo quando são tocados por uma doença grave ficam fragilizadas e mais conscientes da sua vulnerabilidade, muitas vezes procuram ajuda espiritual nos momentos de dor, de falta de esperança, no momento da morte, a fim de poderem encontrar significados para os acontecimentos da sua vida.

Num estudo realizado com casais cujas esposas sofreram cancro da mama, Ferreira *et al.* (2008) concluiu que os sentimentos mais referidos foram a revolta e a ansiedade quando os familiares tiveram conhecimento do diagnóstico de cancro. Os resultados mostraram que os

sentidos de provação e morte despertaram nos participantes sentimentos de revolta em relação a Deus.

Navarro e Marcon (2008), num trabalho de pesquisa com doentes portadores da doença de Parkinson, referem que esta doença traz grandes modificações na vida do doente e na sua família, que alteram o estado físico, mental e social do indivíduo. Os sentimentos são diversificados mas quase exclusivamente negativos como seja a recusa da doença, a tristeza, a revolta, a raiva, o medo da dependência, a depressão e a decepção, por tomar conhecimento da situação incurável da doença.

Num estudo realizado por Gilmartin e Wright (2008) verificou-se que a maior parte dos doentes se sentiam abandonados e tristes na fase pré-operatória e que a equipa de enfermagem não reconhece a importância do apoio ao doente nessa fase.

Os comportamentos de choro e de tristeza são muitas vezes encontrados nos doentes nos seus percursos de doença. Relativamente a estas manifestações, Peternella e Marcon (2009) desenvolveram um estudo sobre o impacto da evolução da doença de Parkinson na pessoa onde chegaram à conclusão que, no desenvolvimento da doença, vai surgindo um decréscimo da força muscular e das condições físicas, que contribui para um impacto mental negativo na pessoa, fazendo emergir alguns sentimentos de desequilíbrio psicológico, que vão perturbando gradualmente a qualidade de vida do doente.

As doenças crónicas e progressivas caracterizam-se pela ausência de períodos de alívio dos sintomas, contribuindo para um aumento progressivo do sofrimento, desgaste, tensão, tanto nos familiares como no doente e no respetivo cuidador.

Defendem os autores atrás citados que a doença de Parkinson traz grandes preocupações aos profissionais de saúde devido às limitações físicas, ao desgaste e sofrimento do doente. Os doentes e os seus familiares apresentam com muita frequência vários sentimentos

como a revolta, a tristeza, a ansiedade e o nervosismo, a recusa da doença, a raiva, o medo da dependência e a depressão.

Kremer *et al.* (2009) analisaram as crenças espirituais relativas ao tratamento e ao que o motiva em doentes com VIH. Os doentes relatam que as crenças interferem na sua maneira de aceitar o tratamento, na tomada de decisões e na relação com a equipa de saúde. A maioria dos relatos destes doentes tinham grandes referências a Deus em quem acreditam que controla a saúde de cada indivíduo. Todos os doentes referiam algumas estratégias de *coping*, como por exemplo os pedidos de ajuda a Deus ou a referência a crenças espirituais como formas de pedir ajuda a entidades superiores na sua recuperação, tornando-se assim a vida destes doentes mais válida.

Deeken (2009) defende que muitos doentes em fase final da vida apresentam sentimentos de culpa para além do sentimento de falta de sentido na vida. São sentimentos que resultam do facto de que conseguiram progredir pouco na vida, considerando que a sua missão está incompleta e que agora estão a enfrentar uma morte prematura e um futuro incerto. O medo da morte surge muitas vezes associado a sentimentos de culpa e ao medo do julgamento e da punição após a morte. Existe a ideia de que após a morte o homem será julgado, que os bons serão recompensados pelas suas boas ações e os maus serão punidos pelos seus pecados. A necessidade de ser perdoado ou de perdoar, ou seja a necessidade de reconciliação, surge muitas vezes a partir das experiências de sentimentos de culpa.

Back *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa onde chegaram à conclusão que os doentes e as suas famílias vivenciam a experiência de abandono em todas as situações de fim de vida. Os doentes quando são transferidos do hospital, também experimentam o sentimento de abandono, dado que a transferência significa perder o contacto com determinados profissionais de saúde. O grande foco do estudo foi

levar aos profissionais de saúde, a noção de que os doentes sentem o abandono. O estudo tinha a finalidade de fornecer contributos para levar os profissionais de saúde a agir e a provocar a aproximação dos doentes e da família para reduzir a sensação de abandono.

Para Ross (2010) o desespero é um estado conflituante entre o desejo de nos desembaraçarmos do nosso eu e a vontade desesperada de sermos nós próprios. A angústia é dupla: a angústia de ser e de ter medo de ser, e o desespero uma espécie de constrangimento oriundo da impossibilidade do homem se libertar de si próprio, a própria palavra, significa "sem esperança" expressando o sentimento de uma situação da qual não existe "saída".

Refere Ross (2010) que na obra de Kierkegaard à pessoa estão vinculados os conceitos de angústia, desespero, fé e existência e em Kierkegaard podemos identificar desespero com sentimentos de raiva, cólera, furor, depressão, desânimo e desesperança.

Num outro estudo desenvolvido por Reis *et al.* (2010), sobre as vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual, a conclusão revelou que a violência sexual constitui um grave problema de saúde pública contribuindo para os elevados taxas de morbidade e mortalidade feminina. O relato das reações evidenciadas nestes casos divergem muito de mulheres para mulheres, sendo umas mais manifestadas verbalmente, outras mais evidenciadas pela expressão facial ou pela postura. Enquanto algumas mulheres se encontravam emocionadas e incomodadas por relatar o sucedido, outras tentaram demonstrar insensibilidade ou aparentavam não ter qualquer tipo de receio. O medo é uma reação muito comum nestes casos. O pavor, a angústia, e a revolta são os sentimentos mais relatados nos enfermeiros. Quanto à vítima pode-se verificar que inicialmente passa por um situação de revolta e vergonha, como se sentisse culpada pela situação, podendo revelar sinais de alívio ou alegria após ter sido ajudada.

Paiva *et al.* (2010) realizaram uma investigação etnográfica com o objetivo de compreender as experiências dos indivíduos politraumatizados. Os sentimentos associados a esta experiência traumática foram fundamentalmente o medo, a insegurança, a revolta, a vulnerabilidade e o sofrimento, devido a uma modificação intensa no estilo de vida. Os sobreviventes de grandes acidentes revelam que as deficiências que subsistem após a sua recuperação provocam limitações em todos os graus. Estes indivíduos necessitam do máximo de apoio psicológico de modo a que consigam lidar com as alterações que ocorreram na sua vida. A revolta por se tornar deficiente e conseqüentemente o facto de ficar com limitações residuais na sua vida é evidente. A raiva do sucedido e a revolta de ficar com sequelas para o resto da vida são dois sentimentos emergentes, que os doentes vão ter que saber atenuar gradualmente para que consigam restabelecer o seu quotidiano.

Son e Choi (2010) ensaiaram um programa de controlo da “raiva” em doentes da área de saúde mental e concluíram que o programa de controlo da raiva foi eficaz na promoção da expressão e gestão de raiva com os doentes, sendo a família um elo muito importante no processo de internamento, uma vez que é através do contacto com o familiar mais próximo que é possível chegar mais facilmente ao doente. A raiva sentida pelos doentes é de tal ordem elevada, que muitas vezes a família é afetada por ela, pelo que é importante que exista o controlo da mesma e a sua perceção por parte dos familiares.

Num estudo realizado por Labbé e Fobes (2010) concluiu-se que os intervenientes que demonstram elevados índices de espiritualidade revelam, de igual modo, menores estados de raiva e menor atividade do sistema nervoso simpático no que diz respeito às respostas físicas e psíquicas a momentos de *stress*, comparativamente a intervenientes com baixos índices de espiritualidade. Portanto os participantes com diminutos índices de espiritualidade apresentam mais sentimentos de

raiva em relação a Deus e às suas crenças religiosas na sua generalidade.

Jurkowski *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa que tinha como objetivo estudar a relação entre espiritualidade e a saúde em geral numa amostra de mulheres latinas. A espiritualidade foi identificada como sendo uma componente vital da saúde e as crenças como a necessidade para um equilíbrio físico, mental e espiritual. Pedir ajuda a Deus ou ter fé como estratégia de *coping* são subdomínios de uma religião ativa e Deus é o responsável pela sensação de bem-estar. Esta relação resulta de crenças sobre o próprio estado de saúde.

Harandy *et al.* (2010) realizaram um estudo onde foram encontradas várias estratégias de *coping* em doentes com cancro da mama que se relacionam com o seu sistema de crenças. Foi verificado nas doentes que a espiritualidade é a primeira fonte de suporte psicológico mas também foi verificado que atribuem o cancro da mama à vontade de Deus. Estes aspetos ajudaram a compreender melhor a situação destas mulheres com cancro da mama e como o seu sistema de crenças influencia a forma como gerem a própria doença.

Para Ketterer *et al.* (2011) tanto o sofrimento emocional como o isolamento social ou a alienação verificam-se em muitos doentes e são considerados fatores preditivos de problemas cardíacos adversos nomeadamente de doença arterial coronária. A doença coronária é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e fonte de sofrimento, quer na fase aguda quer na fase de situação crónica.

Hexem *et al.* (2011) definem a religião como um meio de garantia de um sistema de orientação para que os indivíduos consigam lidar melhor e superar as consequências de uma vida, por vezes acometida por acontecimentos associados ao *stress* e a interrogações de natureza existencial que surgem nesses momentos.

O estudo de Hexem revela a existência de vários tipos de respostas por parte dos pais de crianças em situação de cuidados.

Existem os pais que antes dos seus filhos adoecerem tinham fortes convicções religiosas, mas ao depararem-se com as situações de doença reagem questionando as suas crenças, sentindo raiva de Deus e culpabilizando-se porque julgam ter feito algo de errado e estar a receber um castigo, contudo mesmo expressando a sua raiva por Deus, consideram que a sua raiva não é incompatível com a sua fé. Outros pais acabam por evidenciar sentimentos de rejeição em relação a Deus.

Estamos perante duas das orientações que a raiva pode ter perante Deus, raiva por se considerarem castigados por algo de errado que fizeram ou raiva pela própria situação de doença que leva à rejeição de Deus.

Referimos agora em resumo o que, sobre o diagnóstico em estudo, será importante valorizar.

A situação de angústia espiritual é definida como o estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou está em risco de apresentar, um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporcionam força, esperança e significado para a vida, que em regra é evidenciada pela incapacidade para praticar os ritos espirituais e está relacionada com conflitos entre crenças religiosas ou espirituais e regime de saúde prescrito ou ainda relacionada com a crise de doença/sofrimento/morte.

Os estudos revelam que muitas respostas humanas, que coincidem com as que caracterizam o diagnóstico de angústia espiritual, são facilmente identificadas nos doentes no seu processos de doença, pelo que as características definidoras do diagnóstico em estudo são normalmente identificadas quando olhamos para a realidade.

Os doentes e os familiares apresentam com muita frequência sentimentos de revolta, tristeza, ansiedade e o nervosismo, recusa da doença, raiva, medo da dependência, depressão e decepção, entre outros, quando as são atingidos por situações de doença, ou ainda

frustração, sensação de fragilidade, impotência, indignação e podem mesmo passar por uma atitude de desistência de viver.

Quando a pessoa é atingida por uma doença grave, consciencializa-se mais facilmente da sua fragilidade e da sua vulnerabilidade, procurando ajuda espiritual nos momentos de dor, de falta de esperança, no momento da morte, a fim de poder encontrar o sentido da sua vida.

Os doentes muitas vezes depositam em Deus o controle da sua saúde e desenvolvem estratégias de *coping* que se relacionam sobretudo com pedidos de ajuda, ou recorrem a crenças espirituais como formas de pedir ajuda, para a sua recuperação, a entidades superiores.

A experiência humana do sofrimento não deixa a atitude religiosa indiferente, uma experiência de sofrimento pode estimular a atitude religiosa, pode fazer progredir a pessoa na sua fé ou provocar a atitude contrária, a negação daquilo em que acredita.

### **2.3.2 – Das intervenções de enfermagem**

Conhecidos alguns focos da prática de enfermagem, a situação de diagnóstico que pretendemos estudar e alguns estudos que nos ajudam a perceber a problemática da avaliação do diagnóstico de angústia espiritual, colocam-se as seguintes questões: Que intervenções poderão ser realizadas por parte dos enfermeiros? Que respostas podem ser dadas?

A Ordem dos Enfermeiros no documento amplamente divulgado em 2001 denominado “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e suficientemente conhecido de todos os enfermeiros portugueses considera que a representação mental da condição

individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

Verificamos assim que a dimensão espiritual é uma das dimensões valorizadas no enquadramento concetual e nos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros Poertugueses.

Mas ainda ainda o documento que estamos a citar que o exercício profissional da enfermagem se centra na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas pelo que, quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Ora, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

O documento que temos vindo a enunciar reforça ainda que após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Outro aspecto que nos parece significativo no documento referido é o reconhecimento de que a produção de guias orientadores

da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Johnson (2005) refere-nos que a pesquisa para o desenvolvimento de um vocabulário e a classificação das intervenções de enfermagem começou em 1987 na Universidade de Iowa. A equipa de trabalho desenvolveu a NIC, uma classificação completa, padronizada, das intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros, em que o foco das intervenções passa a ser o comportamento dos enfermeiros, isto é o que os enfermeiros fazem para ajudar o doente a atingir um resultado esperado. A linguagem NIC inclui todas as intervenções realizadas pelos enfermeiros, independentes e colaborativas, sendo a intervenção definida como “qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do doente” (Johnson 2005:14).

O *Spiritual Work Group* do *International Work Group on Death, Dying, and Bereavement* publicou em 1990, um conjunto de trinta e um pressupostos e princípios sobre cuidados espirituais, que são um quadro de referências de cuidados aos doentes e suas famílias, muito úteis para o exercício profissional de enfermagem, para a investigação e para a educação nesta área.

Elizabeth Taylor (2002) propõe-nos uma seleção de doze daqueles pressuposto e princípios que ajudam a reconhecer que todas as pessoas têm uma dimensão espiritual, que podem expressar de diferentes formas e que influencia a forma como os doentes e os cuidadores experienciam a doença, o morrer ou o luto.

Taylor (2004) aponta alguns aspetos de um provável quadro de referências para a prática de enfermagem:

## Quando 1 – Quadro de referência para cuidados espirituais

<b>Pressuposto</b>	<b>Princípio</b>
<b>Cada pessoa tem uma dimensão espiritual.</b>	Numa situação de cuidados à pessoa a sua natureza espiritual deve ser considerada tal como as restantes dimensões (mental, emocional, física).
<b>Numa sociedade multicultural, a natureza espiritual de cada pessoa, pode ser expressa pela religião ou crenças filosóficas e práticas que diferem substancialmente, dependendo da raça, do género, do estatuto social, da religião, da etnia e da experiência de cada um.</b>	As situações de cuidados espirituais não são simples em sociedades multiculturais e são necessários muitos tipos de recursos.
<b>A espiritualidade tem muitas facetas, e emerge e expressa-se por formas formais e informais ou ligadas ou não a uma religião.</b>	A identificação das necessidades espirituais pode ser realizada de muitas formas. Ex. Entrevista ou vários questionários que são propostos na bibliografia sobre esta temática.
<b>O ambiente pode facilitar ou dificultar a expressão da espiritualidade.</b>	Os cuidados de enfermagem devem fomentar situações que facilitem a expressão individual ou comunitária da espiritualidade.
<b>Os utentes podem ter resolvido ou desencadeado a resposta a uma necessidade espiritual de forma satisfatória e autónoma.</b>	As escolhas dos utentes para a satisfação das suas necessidades espirituais devem ser valorizadas.
<b>As necessidades espirituais dos utentes podem variar no decurso da situação de doença.</b>	Os enfermeiros devem estar alerta para a variação das necessidades que poderão estar expressas nas diferentes fases da doença.
<b>As necessidades espirituais podem surgir a qualquer momento e em qualquer dia.</b>	O ambiente de cuidados deve ter em conta que a qualquer momento há necessidade de se dar início a um trabalho para dar resposta a uma ou várias necessidades espirituais.
<b>O ser humano tem crenças diversas, diversificados conhecimentos e um nível diferenciado de desenvolvimento espiritual.</b>	Os enfermeiros podem ajudar os doentes a compreender melhor o seu sistema de crenças e a interpretação que fazem desse sistema de crenças.
<b>Os utentes e os seus familiares podem ter divergentes crenças espirituais e podem não estar conscientes dessas diferenças.</b>	Os enfermeiros devem estar conscientes das diferenças e das respetivas dificuldades, que a expressão da espiritualidade pode provocar no interior da família.
<b>Os utentes nem sempre estão conscientes, sabem ou desejam manifestar problemas relacionados com as necessidades espirituais.</b>	Os enfermeiros devem ter sensibilidade para o facto de o doente não pretender manifestar com ele as suas necessidades e providenciar recursos para que o utente possa expressar ou comunicar com outros os seus problemas espirituais

Fonte: Taylor, Elizabeth J. (2002). *Spiritual care. Nursing theory, research, and practice*. New Jersey: Prentice Hall. p. 25-27.

A dimensão espiritual é uma dimensão importante da existência humana, no entanto a espiritualidade em si mesmo é um conceito abstrato que envolve muitas facetas e é usado muitas vezes incorretamente e substituído pelo termo religião. A Espiritualidade é o núcleo central do ser humano e normalmente refere-se a uma experiência que envolve a percepção das relações de cada pessoa com um ser supremo, como por exemplo Deus ou com um grande poder, com os outros e com o ambiente. Espiritualidade envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência do ser humano ao longo do seu trajeto de vida.

Angerami-Camon (2002) refere que é importante tomarmos consciência que a espiritualidade deve entrar na prática profissional dos enfermeiros, sendo necessário aumentarmos os recursos de que dispomos no dia-a-dia, para que essa mesma prática profissional esteja mais de acordo com as necessidades das pessoas que servimos. Contudo também é importante que estejamos conscientes que é necessário analisarmos o nosso próprio sentido da vida, para que as convicções pessoais sobre o mundo e sobre o ser humano que defendemos estejam em consonância com o corpo de conhecimentos que sustenta a nossa intervenção profissional.

Wiklund (2008) num estudo sobre “Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs” realizado com doentes com comportamentos aditivos identificou alguns aspetos importantes para os cuidados de enfermagem centrados na dimensão espiritual do ser humano:

- A Insignificância - A questão do sentido da vida sem significado apareceu como a essência da situação de angústia espiritual que os doentes necessitam de resolver. A pessoa com hábitos de consumo de substâncias, provavelmente sente vergonha e culpa, desenvolve um quadro de referências culpabilizante que posteriormente será difícil de ultrapassar. É fundamental que exista um apoio para tentar modificar

este quadro de referências, pela presença de alguém em quem o doente possa confiar, que o ajude a recuperar a dignidade humana e o motive para a procura do sentido da vida. O enfermeiro participa na mudança do quadro de referências e na procura do sentido da vida promovendo a sua dignidade como ser humano.

- A Solidão: A relação consigo próprio e com um poder superior remete-nos para o significado central da espiritualidade do ser humano. A visão de si como frágil ou inútil e em solidão provoca uma interpretação da vida segundo uma perspectiva negativa que também poderá influenciar o indivíduo na procura de comportamentos corretos. A necessidade de apego é considerada uma necessidade básica para garantir a sobrevivência. As pessoas dependentes de substâncias podem enfrentar situações de vergonha e culpa, sentindo medo da rejeição e do castigo divino. Ter um suporte é fundamental e a religião é descrita como um dos principais recursos para superar os consumos aditivos. O estabelecimento de uma relação enfermeiro-doente é fundamental para a criação de uma estrutura consolidada, para se ultrapassar a situação de doença.

O reconhecimento do outro como pessoa reduz a sensação de solidão e aumenta o sentimento de si e da relação com os outros. A aceitação do problema por parte do doente é fundamental para uma genuína interação com os outros (profissionais e comunidade). A dimensão espiritual no ser humano orienta e serve de força que motiva e que ajuda a enfrentar e a lutar contra o sofrimento.

- A Liberdade: o doente necessita sentir-se realmente livre em vez de adotar as expectativas dos outros. O sentimento de liberdade, bem como de segurança e conforto, aponta para a ideia de que é possível ser perdoado e perdoar-se a si mesmo. Na realização dos cuidados, os enfermeiros necessitam de respeitar os sentimentos de perdão e reconciliação dos doentes. Os enfermeiros ajudam os doentes

respeitando a sua dignidade, a sua esperança e a sua orientação para o futuro.

As conclusões deste trabalho indicam que o desenvolvimento de um novo quadro de referências é fundamental para a reabilitação da pessoa com hábitos de consumo de substâncias tóxicas. A relação enfermeiro-doente é importante e pode ser a âncora para a procura da cura, assim como a espiritualidade o fundamento para a criação de mecanismos para se ultrapassar o problema dos comportamentos aditivos.

Os cuidados de enfermagem são vistos como um trabalho de relação entre o enfermeiro e o doente para alcançar um objetivo comum. Os enfermeiros devem ser autênticos, sensíveis e verdadeiros de forma a fornecerem ao doente um caminho para a cura, envolverem-se com o doente de forma genuína, elevando-lhe a autoestima e a autonomia, sendo fundamental o recurso à sua dimensão espiritual em todo o processo de cuidados.

Lucilda e Alves (2007) realizaram um estudo qualitativo que aborda o papel da enfermagem no cuidado espiritual ao doente terminal assim como as implicações da bioética no processo saúde/doença. Neste estudo foi aplicado um questionário e uma entrevista individual semi-estruturada a sete pessoas agentes espirituais de hospitais de Grande Porto Alegre.

Os resultados deste estudo foram apresentados em cinco unidades temáticas: perfil pastoral dos agentes espirituais, características dos cuidados espirituais ao doente terminal, preparação dos enfermeiros para os cuidados espirituais ao doente terminal, inclusão dos cuidados espirituais ao doente terminal no planeamento de cuidados de enfermagem e integração de enfermagem e capelania.

O estudo concluiu que os enfermeiros não têm preparação adequada para dar resposta às necessidades espirituais do doente terminal.

Defendem ainda estes autores que, mesmo sem preparação, os cuidados espirituais devem estar incluídos nas funções dos enfermeiros uma vez que, pelo maior contacto com o doente, podem conhecer as suas necessidades de modo mais abrangente. É preciso que as funções dos assistentes religiosos estejam bem definidas e que se possam integrar nos cuidados de saúde, para que o doente em fase terminal possa receber os cuidados espirituais adequados.

No estudo que temos vindo a referir, a bioética faz-se presente nos relatos dos entrevistados quando apontam a necessidade de responsabilidade, a troca de conhecimento, o pluralismo, a superação de posturas setárias e a preservação do carácter plural da discussão em torno da espiritualidade.

A saúde, a espiritualidade e a bioética estão relacionadas. Os cuidados espirituais são considerados como, mais um contributo do saber/fazer da enfermagem e supõem a capacidade de captar relações de significado entre as diferentes instâncias do saber.

Albuquerque *et al.* (2009), numa pesquisa sobre o impacto da ostomia na vida da pessoa mais especificamente no âmbito das questões psicológicas e sociais e na tentativa de tentar compreender com clareza as vivências e os sentimentos implicados, especificamente a compreensão que a pessoa ostomizada tem de si mesma, chegaram à conclusão que a adaptação à situação de doença e à própria ostomia depende fortemente do *background* familiar, cultural e social da pessoa, da experiência com situações semelhantes e das estratégias de *coping* adotadas.

Assim sendo, a exploração de crenças, os valores pessoais e religiosos e o apoio familiar e social, são aspetos que na prática clínica devem ser tidos em conta para se traçar a melhor estratégia terapêutica possível. Para os enfermeiros a compreensão do fenómeno poderá permitir a aquisição de um corpo de conhecimentos específicos, capaz de promover um cuidado mais efetivo ao doente que possibilite a promoção do bem-estar, do autocuidado e a aceitação do estado de saúde.

Para Van Leeuwen e Cusvell (2004) a espiritualidade ainda não está interiorizado no plano de cuidados de enfermagem. Em muitos casos, esta dimensão passa despercebida na avaliação e por conseguinte no diagnóstico, o que provoca uma falta de planeamento de cuidados neste domínio.

Para os autores atrás referidos o perfil de competências dos enfermeiros deve ser resultante de três domínios centrais: sensibilização e uso de si, as dimensões espirituais do processo de enfermagem e a garantia e qualidade de especialização. A espiritualidade é um campo em enfermagem, que ainda está infelizmente, numa fase de desenvolvimento muito precoce.

Os cuidados de enfermagem pressupõem uma perspetiva holística, que inclui aspetos físicos, aspetos mentais, sociais e espirituais do funcionamento humano. A fim de prestar assistência integral, o enfermeiro deve ser competente para intervir a um nível físico, mental, social e espiritual.

Para os autores atrás referidos, as competências que o enfermeiro necessita adquirir e desenvolver para a assistência espiritual, estão de acordo com os seguintes parâmetros: a recolha de informações sobre a espiritualidade do doente de forma a identificar as necessidades do mesmo, a sua capacidade de discutir com os doentes e equipa de técnicos de saúde que tipo de cuidados espirituais são planeados, executados e avaliados e a capacidade de proporcionar e avaliar a própria assistência espiritual.

Defendem ainda os mesmos autores que as exigências relativas aos enfermeiros e à atitude que devem ter em relação aos cuidados espirituais estão de acordo com os seguintes parâmetros: saber lidar com seus próprios valores, convicções e sentimentos e que nas suas relações profissionais com os doentes devem demonstrar: saber lidar com diferentes crenças e religiões e abordar o tema da espiritualidade com doentes de diferentes culturas.

Os estudos ajudam-nos ainda a compreender que a capacidade de escutar e de dialogar com os doentes é um aspeto de relevância a considerar no processo de cuidados de enfermagem.

Isabel Renaud (2002) considera que o encontro do homem ou de mulher saudável com a fraqueza do doente é recebido e vivido por este como um ato particularmente precioso, valioso, abrindo um futuro de acompanhamento e de esperança. A palavra, não quebra o silêncio no qual se absorve o corpo fraco e doente, mas envolve-o de uma aura de força. Ela dá força e faz viver quem está recolhido no silêncio do seu corpo mais ou menos enfraquecido. Por assimétrico que ele seja, este encontro é acolhido, por parte do doente, como a palavra-ação que volta a situar o silêncio do corpo doente na comunicação e no relacionamento intersubjetivo.

Para a autora atrás referida este encontro tem dois sentidos diferentes: o encontro do doente com a sua doença e o encontro do doente com a palavra-ação do outro. O que há de mais especial é que as duas facetas bem diferentes deste encontro acabam por mediatizar-se reciprocamente: o doente acaba por se situar relativamente à sua doença, mediante a palavra do outro que ele encontrou; em sentido contrário, o encontro da pessoa saudável consigo mesmo não se faz sem incorporar o seu encontro com a fragilidade e a vulnerabilidade do doente, do idoso, do moribundo.

Num estudo realizado com mulheres que estavam nos estádios mais avançados do cancro da mama, que tinha como objetivo descrever a vivência da fase inicial das mulheres africo-americanas após o diagnóstico de cancro da mama e durante o tratamento inicial, Mathews *et al.* (1994) tentaram perceber como relacionavam o significado dos seus episódios de doença, as suas noções sobre o cancro e as concepções sobre a doença e sobre o tratamento. Este conhecimento podia ajudar os enfermeiros no planeamento de intervenções culturalmente sensíveis. Os autores do estudo chegaram à conclusão da importância da manifestação

de vontade das mulheres de serem ouvidas, o que sugere a necessidade dos enfermeiros incentivarem os doentes a falar e a escutar, para assim poderem avaliar os conhecimentos e os sentimentos que emergem da vivência das experiências de doença. Esta avaliação pode ajudar o enfermeiro a ficar informado ao poder identificar as necessidades dos doentes através do seu discurso, o que torna as intervenções de enfermagem mais apropriadas à situação do próprio doente.

Taylor (1997) defende que os enfermeiros devem ouvir as histórias dos doentes com um coração aberto, um coração que não julga nem condena e devem reconhecer como as histórias dos doentes se identificam com as suas. Quando incentivamos o doente a contar a sua história estamos a contribuir para o alívio do seu sofrimento. Contar histórias implica dois elementos fulcrais: o ouvinte e o contador. Assim, o enfermeiro tanto pode ter a necessidade de servir de ouvinte como de contador de histórias, tendo de estar apto a desempenhar ambos os papéis.

Braga e Silva (2007) realizaram um estudo no âmbito de um projeto que visava conhecer a definição de comunicação competente. Os resultados revelaram que uma comunicação é competente quando se torna num processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores e pressupõe que eles tenham conhecimentos básicos de comunicação, consciência do verbal e do não-verbal nas interações, clareza e objetividade. Uma comunicação competente promove o autoconhecimento e contribui para que a mensagem seja transmitida com maior clareza e compreensão, por parte dos envolvidos no processo comunicativo. A competência comunicativa requer que as pessoas consigam partilhar ideias, pensamentos e propósitos e em certos casos modificá-los.

Dora Oliveira (2011), num estudo sobre o autocuidado, chegou à conclusão que nos espaços de ensino do autocuidado se perdem, muitas vezes, oportunidades de diálogo com o outro, desprezando-se os seus

saberes e experiências. A escuta do outro pode tornar-nos conhecedores da situação e mais sensíveis aos seus desejos. O ato de não ouvir, implica descurar os desejos mais conscientes de nós mesmos ou do outro.

Vieira (2007), ao referir-se ao código deontológico para enfermeiros, acentua que a pessoa tem direito ao conhecimento da realidade que a envolve e assim é dever do enfermeiro informar o indivíduo e a família sobre os cuidados que lhe são prestados e sobre os cuidados de saúde a que tem direito.

A evidência científica parece ainda considerar, de especial relevância, a participação da família no processo de cuidados.

Shirai *et al.* (2009) defende que o apoio emocional aos membros da família é um recurso importante para sentimentos de ganho do cuidador, como seja o facto de se sentir útil, o fortalecimento das relações e a satisfação pessoal. Os membros da família são recursos que promovem resultados positivos nos cuidados.

Karner *et al.* (2004) analisou situações de cuidados prestados com a intervenção da família em pessoas com doença coronária e também em pessoas em tratamento de toxicod dependência. Em certos sistemas sociais decorrentes de aspetos culturais, a família é identificada como a principal responsável por cuidar dos seus membros em momentos de vulnerabilidade.

Brainbridge *et al.* (2009) chama a atenção para o papel da família como fonte mais comum de cuidados de longa duração para idosos. O papel do cuidador representa para o doente e para a sociedade uma grande mais-valia, uma vez que alivia o sofrimento do doente na fase terminal da sua vida.

Høye e Severinsson (2010) sugerem que as famílias, em algumas culturas, pretendem participar na prestação de cuidados quando o doente está internado nas unidades de cuidados intensivos. Os enfermeiros consideram que os membros da família precisam de se envolver nos cuidados do seu familiar, tal como precisam de se sentir

responsáveis e parte integrante dos cuidados através da sua participação efetiva. Para além dos aspetos referidos, os enfermeiros têm ainda a obrigação profissional de prestar informação compreensível.

Os estudos apontam também para que a procura do sentido da vida, do sofrimento e da morte seja um aspeto da considerar no contexto dos cuidados de saúde.

Carrol (2001), através de um estudo que teve como objetivo explorar o significado de espiritualidade e de cuidado espiritual num grupo de enfermeiros, tanto a nível pessoal como profissional, revelou que os enfermeiros afirmaram ter a preocupação de utilizar uma variedade de abordagens no sentido de ajudar o doente a procurar e encontrar algum propósito na vida, no sofrimento por eles experimentado e no próprio processo de morrer.

Burkhardt e Nagai-Jacobson (1985) concluíram que os enfermeiros ajudam a identificar as preocupações espirituais dos doentes, reconhecendo que a espiritualidade de qualquer utente nem sempre é expressa em linguagem explícita. A consciência da ajuda do enfermeiro, no que diz respeito ao reconhecer e apreciar as crenças e valores do doente que podem ser diferentes dos seus, é útil para que o mesmo possa compreender a dimensão da espiritualidade de cada pessoa, cujo significado essencial se encontra naquilo que dá significado à vida, podendo ou não incluir a dimensão da religião. O doente, em regra, expressa preocupação com os sinais físicos e sintomas, explora e partilha significados com o enfermeiro, facilitando assim o envolvimento deste na sua dimensão espiritual.

Referem estes autores que os enfermeiros podem ajudar os doentes, que apresentam situações problemáticas relacionadas com a sua dimensão espiritual, identificando cinco componentes para o enfermeiro saber lidar com a dimensão espiritual, como seja: o pluralismo, o medo, a consciência de cada um na procura do espiritual, a confusão em relação

aos conceitos de espiritualidade e de religiosidade e algumas atitudes básicas relacionadas com os conceitos de doença e de sofrimento.

Wiklund (2008), ao analisar a necessidade de cuidados de saúde em pessoas que vivem com dependências, concluiu que os cuidados devem ser adaptados a cada doente de forma a enfrentar alguns desafios relacionados com a espiritualidade. A intervenção do enfermeiro deve centrar-se nos aspetos que ajudam o doente a sentir-se vivo e em comunhão com os outros ou na compreensão e identificação das suas necessidades, associando os aspetos existenciais de vida com a dependência, o que irá permitir que os enfermeiros prestem cuidados e promovam a recuperação do doente.

Alguns estudos apontam para o fator “disponibilidade” do enfermeiro como um aspeto importante a considerar quando se pretende estabelecer uma relação enfermeiro/doente com base terapêutica. A disponibilidade deve ser sempre um recurso a incluir no processo de cuidados. Muitas vezes existe uma relação direta de disponibilidade e tempo e por isso Vieira (2007) refere que o cuidado exige tempo, o tempo do outro, e cuidar no tempo do outro não é passividade ou indiferença é a participação no seu caminho.

Mas disponibilidade também pode não significar tempo, no verdadeiro sentido da palavra, pode significar tão só uma atitude para uma relação que é preciso nutrir.

Skilbeck e Payne (2003) desenvolveram um estudo que teve como objetivo aumentar a compreensão de como os enfermeiros com formação em cuidados paliativos e os doentes, interagem e trabalham em conjunto para a construção de relações que possam permitir ou facilitar o apoio emocional. O desenvolvimento da relação facilitadora do apoio emocional exige dos enfermeiros disponibilidade para se envolverem num processo complexo, que consiste em saber o estado da situação do doente.

Num estudo realizado por Houtepen e Hendrikx (2003), com objetivo de explorar os problemas que os enfermeiros encontram quando prestam cuidados a doentes em fase terminal, foi referido que uma das virtudes necessárias aos enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados paliativos é a sensibilidade, que é o grau de disponibilidade e abertura dos enfermeiros às perguntas dos doentes.

Para estes autores a sensibilidade requer que o enfermeiro tenha uma atenção especial para o que merece destaque e para o que é comum. Diretamente relacionado com a sensibilidade está o discernimento. A falta de discernimento é demonstrada pelo registo das perguntas do doente de forma indutiva e a avaliação de cada uma de forma específica. O discernimento está no alcance rápido do significado da própria pergunta, o que implica que a resposta seja elaborada de acordo com o significado da pergunta e não com a forma da pergunta. Outra dimensão é a clareza, que é a capacidade de ser explícito quando necessário sem dar a ênfase indevida às questões menores.

A evidência parece demonstrar que muitos doentes em fase terminal precisam de disponibilidade para que tenham o apoio necessário de acordo com a intensidade do sofrimento que estão a atravessar e com as preocupações quanto ao seu futuro e da sua família.

A disponibilidade não quer dizer que os enfermeiros tenham que responder sempre imediatamente às questões que lhe são colocadas, podendo até decidir por vezes retornar ao objeto da questão numa fase posterior, possivelmente após a consulta de outros profissionais, apesar de muitas vezes se considerar que as questões existências em doentes em fase terminal, requerem urgência e atenção intensa.

Sapeta (2011), num estudo sobre cuidar em fim de vida, também refere que junto dos doentes em fim de vida é o enfermeiro que demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal, portanto é o profissional de saúde que está em melhores condições para acompanhar a pessoa em situação de vulnerabilidade.

DiJoseph e Cavendish (2005) consideram que a identificação das respostas humanas a nível do domínio espiritual é realizada através de uma variedade de respostas possíveis. O cuidado holístico inclui também diversas atividades de assistência espiritual de forma a dar resposta às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades. A enfermagem holística envolve a espiritualidade tanto do enfermeiro como do doente. A oração, geralmente, é a prática espiritual mais usada.

A prática da oração pode ou não estar relacionada com tradições religiosas. Esta pode ter como objetivo estabelecer um diálogo pessoal com um poder superior, reverenciar o sagrado e até mesmo, servir como um meio de transcendência metafísica. Algumas orações estão associadas a eventos da vida e rotinas diárias, como por exemplo, fazer uma pequena oração antes das refeições.

Muitas vezes existem atividades simbólicas associadas à oração, como por exemplo, o uso de velas, de incenso, o realizar o sinal da cruz, utilizar o "terço" ou usar posições corporais específicas. A evidência parece demonstrar que a oração é utilizada como uma terapia complementar que serve como guia para o cuidado espiritual e promove o bem-estar, podendo aumentar os níveis de conforto.

DiJoseph e Cavendish (2005) chegaram ainda à conclusão que a prestação de assistência espiritual e os dados da avaliação da dimensão espiritual não são utilizados eficazmente a nível da prática, embora exista um interesse crescente nos aspetos relacionados com o significado individual da vida e com a própria necessidade de assistência espiritual, contudo estas referências raramente são encontradas nos registos de enfermagem. A única referência para a espiritualidade em ambiente de cuidados de enfermagem, geralmente, refere-se à questão que se coloca á pessoa se gostaria de ter a visita de um capelão.

Para Galek *et al.* (2007) a assistência espiritual é vista como uma componente essencial para o cuidado holístico. Atualmente existe uma crescente procura da compreensão do papel dos enfermeiros e sobretudo

da forma como interagem com os indivíduos também na sua dimensão espiritual, contudo defendem que a ajuda de um capelão pode ser necessária, pois este fornece uma perspetiva interdisciplinar do papel da espiritualidade na vida dos seres humanos. Na dimensão espiritual, a religião é um aspeto importante no modo como os indivíduos lidam com a perda, com o *stress* ou com a situação de doença.

Pela observação da realidade verificamos que a integração dos capelães dentro do ambiente hospitalar depende dos profissionais de saúde. Verifica-se que os capelães, em regra apenas são chamados quando as intervenções médicas chegaram ao limite, sobretudo nos doentes em fase terminal. Interessa que as equipas de cuidados aproveitem todos os recursos que têm disponíveis, para que os possam colocar à disposição dos doentes.

Defendem Galek *et al.* (2007) que muitos profissionais de saúde não compreendem a ligação entre os sintomas físicos e as questões espirituais, e como tal, é necessário a intervenção do capelão que tem a capacidade de ajudar o indivíduo a nível psicológico e espiritual. Ao longo dos tempos, a assistência espiritual sempre se revelou uma componente importante dos cuidados e os capelães, certamente poderão ajudar na relação entre o enfermeiro e o indivíduo, através de uma melhor perceção dos cuidados necessários a nível da assistência espiritual.

Num estudo realizado por Santos Sá (2010), com o objetivo de descrever e comparar alguns trabalhos de investigação e identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico, chegou à conclusão que, nos doentes em sofrimento na fase final da sua vida, as intervenções de enfermagem são distribuídas pela dimensão emocional, espiritual e física.

Na dimensão emocional destacam-se os seguintes aspetos: o proporcionar o encontro entre dois seres humanos, estabelecer uma comunicação eficaz, desenvolver um relação profunda de amor e

compaixão, criar uma relação de confiança, promover o respeito, criar empatia ao centrar-se nas experiências do utente e ajudar a encontrar as razões para o sofrimento.

Na dimensão espiritual, encaminham-se os doentes para o líder espiritual, reza-se, respeitam-se as suas crenças e práticas religiosas, fomenta-se a fé, promove-se a esperança, proporciona-se música, ouvem-se os doentes com atenção, falando-se com eles e apoiando-os, respeitando sempre a sua privacidade e dignidade.

Por fim, na dimensão física são apontadas a mobilização e o posicionamento, alívio das zonas de pressão, a gestão da dor e dos sintomas e os cuidados de higiene e conforto.

A evidência científica parece revelar que os estudos na área da espiritualidade, que começaram recentemente a ter significado, revelam que as intervenções nesta área se relacionam, também, com a necessidade do doente ser reconhecido como pessoa, com a necessidade de reconciliação com a própria vida, com a necessidade da busca do sentido, da transcendência e da esperança, aspetos que podem ser satisfeitos através dos cuidados espirituais, sendo da responsabilidade dos enfermeiros prestar cuidados neste âmbito.

Johnson (2007) defende que a fase terminal de uma doença é vista pela sociedade ocidental como uma situação irremediável, no entanto muitos doentes, que enfrentam uma fase final de vida como resultado de uma doença, tentam transformar essa fase num período de esperança ao contrário de desistirem da vida por não haver mais nada a fazer.

A esperança é importante para estes doentes, pois permite-lhes viver os dias que lhes restam da melhor forma possível, ajudando-os a ultrapassar as questões e dificuldades do momento. Contudo por vezes, os profissionais da saúde tendem a considerar que a esperança destes doentes está direcionada para a cura ou remissão da doença que esperam alcançar, sendo uma forma de negação da realidade. No entanto, a

esperança do doente terminal vai para além da expectativa de cura e este deve mantê-la mesmo durante o estágio final da sua vida.

Num estudo referido por Johnson (2007), realizado com profissionais da saúde que trabalham com pessoas com perda de controlo da situação de doença, chegou à conclusão que é essencial que se incentive nos doentes a autonomia, promovendo a esperança. Quando a esperança é alcançada verificam-se sempre resultados positivos nestes doentes, como por exemplo, o facto de conseguir enfrentar de forma construtiva, o seu futuro incerto, adaptando-se à situação irreversível de morte e aceitando a sua situação.

No estudo atrás referido verificou-se que a esperança reforçou nos doentes a capacidade de suportar e lidar com o sofrimento e olhar para além da dor, deu-lhes também energia física e psicológica para atingir metas, definir as suas prioridades, restabelecer a sua fé e espiritualidade e o desejo para que continuassem a viver. Fez com que voltassem a ter entusiasmo pela vida, o que lhes permitiu que apreciassem os bons momentos da vida e descobrissem razões para viver. O ambiente do hospital era encarado pelos doentes como um lugar de esperança e os enfermeiros foram considerados como os catalisadores fundamentais para a promoção da esperança.

Num estudo onde se analisaram alguns fatores relacionados com a esperança entre os idosos de um lar, realizado por Touhy (2001), foi considerado que a compreensão da espiritualidade e do seu significado na vida dos idosos pode ajudar no desenvolvimento de intervenções para promover a esperança e o bem-estar espiritual. O referencial teórico para este estudo teve origem na teoria de Watson que definiu a enfermagem como uma ciência humana, que não pode estar limitada à utilização de conhecimentos relativos às ciências naturais e cuja meta é ajudar as pessoas a adquirirem um maior grau de harmonia dentro do corpo, mente e alma, que gera o autoconhecimento, a autocura e processos de autocuidado.

Neste estudo os prestadores de cuidados de saúde foram enumerados em 35% dos participantes como significativos nas suas vidas, no entanto os enfermeiros foram os profissionais mais frequentemente interpelados nas redes de apoio e forneceram um grande apoio emocional aos participantes que os nomearam como importantes. Foi encontrada uma significativa correlação positiva entre espiritualidade e o nível de esperança. A espiritualidade emergiu como o único preditor significativo da esperança. Contudo existe também neste estudo a conclusão de que a natureza das relações do cuidar precisa de ser estudada para se compreender como se cuida e como se nutre nas pessoas o bem-estar.

Para Watson (2002) a espiritualidade ocupa um lugar de destaque em que o espírito humano é considerado a força mais poderosa na existência do ser humano, permitindo o alcance da transcendência espiritual por meio da evolução e da realização da harmonia interior.

Cahana *et al.* (2007) revela-nos um estudo realizado com enfermeiros e doentes em fase final de vida, cujo objetivo foi explorar relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e as crenças, antes e quatro anos após a introdução de um programa de intervenção na dor. Procurou-se observar e identificar as principais facilidades ou dificuldades de seguir essas experiências. No estudo verificou-se que é fundamental uma presença permanente da equipa de enfermagem nos cuidados paliativos. Nessas equipas os enfermeiros testemunham que é fundamental que os utentes morram com dignidade e com o menor sofrimento possível.

Também Garrard e Wrigley (2009) consideram que em ambiente de cuidados paliativos, manter a esperança no doente é um aspeto importante que deve fazer parte de todos os serviços de saúde. A honestidade para com os doentes é um pilar da prática atual dos cuidados paliativos e promover a esperança é considerado como um

dever dos profissionais de saúde que desempenham a sua atividade em equipas de cuidados paliativos.

Sinclair *et al.* (2006) defende que, no contexto de cuidados paliativos, a espiritualidade é um aspeto central que assume um significado diferente em comparação com outras áreas da saúde, uma vez que não se estabelece nenhum nível de esperança para a sobrevivência, mas por algo mais rico e significativo como seja a aceitação pacífica da vida, do seu começo e do seu fim. Os cuidados espirituais tornam-se num recurso importante no processo de tratamento.

Bonhote *et al.* (1999) defende que os enfermeiros que trabalham em saúde mental e psiquiatria utilizam a psicoterapia de grupo, como uma intervenção que pode contribuir para a diminuição do isolamento social e como estratégia de lidar com a perda de alguém próximo da pessoa. Os enfermeiros são os principais responsáveis para que o doente e os seus familiares não alimentem falsas esperanças. Através do uso de uma variedade de técnicas de psicoterapia de grupo interagem de forma eficaz com os adultos, para a promoção do bem-estar.

Verhaeghe *et al.* (2007) analisaram a relação dos enfermeiros com os familiares do doente em coma, relativamente à esperança. Os familiares do doente, quando recebem más notícias, por vezes reagem com uma sobrecarga de raiva, de desespero, de culpa, negação e medo de perderem do seu familiar doente. A esperança foi considerada como o processo psicológico central na adaptação ao inesperado. A incerteza devido à falta de informação provoca uma sensação de desamparo e perda de controlo situacional.

No estudo foi verificado que os familiares estão constantemente à procura de mais informação acerca do doente junto dos enfermeiros, mas quando percebem que a informação não é fidedigna e percecionam uma situação de “falsa esperança”, sentem uma sensação de ansiedade e angústia. Para os familiares, a falsa esperança opõe-se à esperança

realista e é baseada em informações incompletas ou incorretas, que podem levar os familiares à desilusão. Os doentes e familiares em regra protegem-se contra a desilusão que a falsa esperança pode causar.

O ser humano não é apenas e tão só o corpo que herda geneticamente, é um todo complexo onde se encontra a realidade cultural que ultrapassa as limitações biológicas. O ser humano constrói-se na interação com os outros, e a sociedade é o seu contexto e o campo da sua realização pessoal, onde se desenvolve num sistema cultural próprio. Assim os cuidados de saúde nunca poderão omitir esta realidade humana. A evidência científica mostra-nos a importância desta realidade para qualquer sistema de cuidados.

Høye e Severinsson (2010) referem-se ao choque ou conflito que as diferenças culturais provocam entre enfermeiros, utentes e famílias. Este choque acontece sobretudo em algumas famílias mais conservadoras em relação aos seus costumes, dado que muitos enfermeiros não possuem conhecimentos suficientes sobre multiculturalidade para compreenderem as necessidades das pessoas nas suas diferenças culturais.

Concluiu o estudo referido que os enfermeiros têm necessidade de se adaptar à cultura dos utentes e das suas famílias para evitar conflitos, devendo existir um equilíbrio entre as diferenças culturais do enfermeiro e da família. Salientou-se também no estudo, que nas competências dos enfermeiros devem incluir-se os conhecimentos sobre a diversidade cultural dos utentes.

Os aspetos culturais são aspetos a ter em conta quando é necessário informar os doentes sobre o seu processo de cuidados.

Silva (2006), num estudo sobre os sistemas de informação em enfermagem, defende que a enfermagem tem desenvolvido esforços para se integrar no seio das disciplinas do conhecimento o que requer a construção e a demonstração de um saber próprio. Contudo o conhecimento utilizado na conceção das práticas de enfermagem implica

a clarificação do saber do cliente relativamente ao fenómeno que vivencia. O enfermeiro é alguém que valoriza o conhecimento leigo enquanto conhecimento processual, mas que possui o conhecimento formal que lhe conferiu a profissionalidade e o reconhecimento social.

A evidência científica parece-nos demonstrar que os enfermeiros desempenham um papel importante no esclarecimento das pessoas sobretudo no momento em que estas sofrem, competindo-lhes perceber quais as dificuldades do doente, de modo a poder ajuda-lo a encontrar estratégias para melhor enfrentar a nova realidade, desmistificando as ideias, ajudando a pessoa a minimizar os seus sentimentos de culpa e a minimizar a sensação de ser alvo de preconceitos.

Prince-Paul (2008) realizou uma pesquisa em doentes com cancro, onde estudou o apoio aos doentes e às respetivas famílias tendo como foco principal a comunicação. O cancro é frequentemente referido como um dos meios para uma maior consciencialização e valorização da vida familiar e pessoal. A importância da comunicação nas relações pessoais tem sido referida por muitos autores, sendo sugerido que as expressões de amor, gratidão, perdão e despedida têm um significado especial no final da vida.

Neste estudo verificou-se que o perdão tem um valor terapêutico importante, sobretudo porque minimiza as situações em que se verificaram graves conflitos mal resolvidos a condicionar a relação doente/família. Ao contrário dos outros atos comunicativos de amor ou gratidão, o conceito de perdão envolve o sentido da necessidade de reconciliação e contribui para aliviar sentimentos residuais de conflitos anteriores nas relações dos doentes com as suas famílias. Assim, os profissionais de saúde devem fomentar bases de relacionamento para um entendimento entre os doentes e as suas famílias em que o tempo deve ser utilizado de forma eficaz.

Pereira *et al.* (2009) avaliou o contributo da enfermagem nos cuidados a mulheres portadoras de cancro da mama. O cancro da mama

é bastante temido devido ao impacto psicológico que provoca, envolvendo a sexualidade, alterações na imagem corporal e pondo em risco a própria feminilidade das mulheres. Para a grande maioria das mulheres ser portadora de cancro da mama é sinónimo de morte e perda da sua autoestima. A suspeita de cancro da mama é responsável por despertar sentimentos de medo, de perda, ansiedade, sentimentos de culpa, rejeição e incertezas para com o futuro. Perante os inúmeros sentimentos que surgem na mulher para gerir a sua situação de doença, a negação surge habitualmente na primeira fase de doença e funciona como uma forma de defesa perante essa adversidade da vida.

Durante todo o processo de doença que a mulher enfrenta é importante que exponha os seus sentimentos e para isso nada melhor do que partilhar a experiência com pessoas que estão a passar pela mesma situação, o que possibilita a troca de experiências, de dúvidas, a discussão de aspetos sociais, emocionais e físicos. Este facto mostra-se como um suporte importante para a mulher, tornando-a mais disposta para enfrentar a doença, eleva a sua autoestima e ajuda-a a não desistir da vontade de querer vencer.

Os enfermeiros desempenham um papel de extrema importância nestas situações uma vez que não só atuam na educação/prevenção, promovendo a saúde, mas também na proteção específica, estimulando a pessoa a realizar o auto exame e outros exames complementares de diagnóstico; no diagnóstico, explicando tudo o que o envolve, esclarecendo todas as dúvidas que possam surgir; no tratamento, ao acompanhar regularmente a pessoa, orientando a doente e a sua família, na gestão do regime terapêutico e dando suporte emocional; na reabilitação, estimulando à adoção de hábitos saudáveis e fazendo um acompanhamento regular.

Amendoeira (2006) refere que num processo de cuidados caracterizado pela interação entre os diferentes atores sociais em que estes se elucidam mutuamente e com competências diferentes e

complementares, o enfermeiro ao adaptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos doentes, desliga-se do trabalho realizado por tarefa, tornando o processo de cuidados num momento de ligação entre o doente e o profissional que pretende prestar cuidados de qualidade.

Já foi referida a importância de reunir as competências de todos os membros da equipa de saúde, como recursos a considerar no processo terapêutico, contudo importa acrescentar ainda alguns aspetos que nos parecem significativos, no sentido de reforçar a importância das competências de todos, em contextos de cuidados de saúde.

McGinnes (2010) num trabalho com enfermeiros de reabilitação na comunidade chegou à conclusão que o projeto trouxe uma maior valorização do papel do enfermeiro para a prestação de serviços à comunidade, reforçando a eficácia do trabalho em equipa. Os membros da equipa conseguiram refletir sobre o papel de cada um, explorando-se uma dinâmica do trabalho em equipa eficaz, que melhorou consideravelmente os cuidados prestados à comunidade.

Sobre a importância de um trabalho em equipa Curtis (2006) propõe um conjunto de pressupostos que contribuem para rentabilizar e melhorar os serviços em cuidados intensivos e que se referem a aspetos relacionados com a motivação, liderança, estratégias de desenvolvimento de projetos inovadores, análise de situações típicas e de informação recolhida periodicamente, onde a prioridade se prende com estratégias de melhoria da qualidade como uma atividade importante para todos membros da equipa interdisciplinar em cuidados críticos. Contudo reforça a ideia de que o sucesso é cumulativo e contínuo numa boa equipa interdisciplinar, dependendo em grande parte da existência de lideranças fortes.

Em síntese referimos os aspetos que nos parecem relevantes para as intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros atuam em contextos privilegiados dado que lhes é permitido testemunhar e acompanhar a vulnerabilidade do outro nos momentos de sofrimento e da morte e podem tornar-se fontes de esperança para os doentes em qualquer fase da sua doença, quando aliviam a dor, facilitam o sono, promovem a sua higiene pessoal ou realizam muitos outros cuidados de manutenção da vida.

A qualidade dos cuidados na sua globalidade recebe contributos importantes das intervenções relacionadas com os cuidados espirituais que são prestados a todos os doentes.

A dimensão espiritual é uma dimensão importante da existência humana, no entanto a espiritualidade em si mesmo é um conceito abstrato que envolve muitas facetas, é usado muitas vezes incorretamente e por vezes surge substituído pelo termo religião.

A espiritualidade é o núcleo central do ser humano e normalmente refere-se a uma experiência que envolve a perceção das relações de cada pessoa com um ser supremo, como por exemplo Deus, com o transcendente/sagrado ou com um grande poder, com os outros e com o ambiente. Espiritualidade envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência do ser humano ao longo do seu trajeto de vida.

A espiritualidade deve entrar na prática profissional dos enfermeiros e de todos os profissionais de saúde, sendo necessário aumentarmos os recursos de que dispomos no dia-a-dia, para que essa mesma prática profissional esteja mais de acordo com as necessidades das pessoas que necessitam de cuidados.

É importante que cada um analise o próprio sentido da vida, para que as convicções pessoais sobre o mundo e sobre o ser humano que defendemos estejam em consonância com o corpo de conhecimentos que sustenta a intervenção profissional dos enfermeiros.

A relação enfermeiro-doente pode ser a âncora para a procura da cura, assim como a espiritualidade o fundamento para a criação de mecanismos para se ultrapassar as situações de diagnóstico encontradas,

mas é sempre a partir da situação de diagnóstico que se entra na intervenção.

Os cuidados de enfermagem são vistos como um trabalho de relação entre o enfermeiro e o doente para alcançar um objetivo comum. Os enfermeiros devem ser autênticos, sensíveis e verdadeiros de forma a fornecerem ao doente um caminho para a cura, envolverem-se com o doente de forma genuína elevando-lhe a autoestima e a autonomia, sendo fundamental o recurso à sua dimensão espiritual em todo o processo de cuidados.

Os cuidados espirituais devem estar incluídos nas funções dos enfermeiros, uma vez que pelo maior contacto com o doente podem conhecer as suas necessidades de modo mais abrangente.

Em muitas situações de cuidados, é necessário o recurso a assistentes religiosos, contudo a definição do campo de atuação de cada um deve estar bem definido, para que doente possa receber os cuidados espirituais adequados, muito embora se reconheça que neste e noutros domínios existem áreas dos diversos campos de intervenção que se entrecruzam.

A exploração de crenças de valores pessoais e religiosos, o apoio familiar e social, são aspetos a integrar na prática clínica e devem ser tidos em conta para se traçar a melhor estratégia terapêutica possível. Espera-se dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros que saibam lidar com seus próprios valores, convicções e sentimentos e que nas suas relações profissionais com os doentes demonstrem saber lidar com diferentes crenças e religiões e culturas.

Os estudos apontam para que a procura do sentido da vida, do sofrimento e da morte seja um aspeto a considerar no contexto dos cuidados de saúde. A honestidade científica para com os doentes é um pilar da prática atual dos cuidados.

### 3 - O DESENHO DO ESTUDO

Tal como a ciência também os procedimentos metodológicos utilizados num processo de investigação não são “assépticos” puros e objetivos. A investigação constrói-se a partir das necessidades naturais dos seres humanos e depende das condições históricas e sociais.

O conhecimento atual permite-nos afirmar que, do ponto de vista crítico, a realidade é dinâmica e evolutiva e que os seres humanos são agentes ativos da construção e configuração da realidade, que tem um sentido histórico e social.

A ciência tem como finalidade contribuir para a alteração da realidade e a investigação é o meio que possibilita aos indivíduos analisar essa mesma realidade através da reflexão (teórico-prática), elemento fundamental para a produção da cultura científica. O conhecimento desenvolve-se de acordo com um processo de construção e reconstrução da teoria e da prática.

A investigação caracteriza-se em regra, por utilizar os conceitos, as teorias, a linguagem, as técnicas e os instrumentos com a finalidade de dar resposta aos problemas e interrogações que se levantam ao investigador.

Enquadrado nas conceções de ciência e investigação apresentadas, foi desenvolvido um estudo com o recurso à utilização de uma aproximação metodológica específica baseada na investigação-ação, que constituiu o elemento central para a recolha e tratamento de informação do presente trabalho de investigação, numa dinâmica de relacionamento centrada na colaboração contínua entre os agentes envolvidos na investigação.

O conceito de investigação-ação surgiu com Kurt Lewin que defendia uma forma de fazer investigação que ligava a dimensão

experimental das ciências sociais a programas de intervenção que respondiam aos principais problemas sociais. Era na época uma proposta para a construção de um modelo de investigação que proporcionava condições de possibilidade de aprendizagem e de análise da realidade e permitia tomar decisões e em simultâneo proporcionou possibilidades de reflexão crítica sobre essa mesma realidade. Assim, foi possível obter avanços teóricos e mudanças no sistema social.

A história da investigação-ação está bem documentada por Adelman, 1853; Gunz, 1996; Kemmis, 1982; Noffke, 1994. Foi Kurt Lewin que em primeiro lugar se referiu a este termo por volta de 1934.

Foi, no entanto depois de uma série de experiências práticas por volta de 1940, que este autor considerou a investigação-ação como um processo que *"concede credibilidade ao desenvolvimento do poder de reflexão, através da discussão, decisão e ação, pela participação de pessoas num trabalho conjunto de pesquisa, sobre dificuldades individuais que as pessoas em conjunto apresentam"* (Adelman, 1993:8).

Para Lewin (1965) a investigação-ação apoia-se na informação, na interação e na colaboração e realiza-se em várias fases que levam à resolução de um problema. É um processo colaborativo no qual os membros de uma equipa trabalham juntos para solucionar um problema refletindo criticamente sobre suas ações e suposições.

Para Alarcão (2001) a investigação-ação deve produzir conhecimentos novos, ser rigorosa na sua metodologia e tornar-se pública, para que possa ser apreciada, avaliada, reproduzida e desenvolvida.

A evidência científica parece demonstrar que com este método de investigação há uma ação deliberada de transformação da realidade, num duplo objetivo que é transformar a realidade e produzir os conhecimentos que dizem respeito às transformações realizadas.

O processo da investigação-ação consiste em alternar ciclicamente a ação e a reflexão crítica. Trata-se, portanto, de um processo que se constrói ao longo do tempo e gradualmente faz surgir um progressivo

entendimento do problema que, segundo Barbier (1996), não é mais do que uma relação com a complexidade da vida humana vista na sua totalidade dinâmica, onde investigador age como um facilitador, as pessoas desenvolvem a ação pretendida, os participantes investem-se na situação como experimentadores e informantes, com os seus referenciais.

Para Holter e Schawwartz-Barcott (1993) a investigação-ação tem tido um interesse crescente nas várias disciplinas incluindo a enfermagem. Foi desenhada especialmente para servir de ponte para o fosso existente entre a teoria e a prática e incorpora métodos científicos de natureza humanista e naturalista. Este método tornou-se muito importante para a enfermagem. No entanto no decorrer do tempo têm surgido muitas correntes sobre este conceito até ao momento em que Kurt Lewin anunciou a sua definição sobre investigação-ação.

O fundamento do conceito em Kurt Levin foi a relação que era necessário estabelecer entre a teoria e a prática o que levou à procura de um novo paradigma de investigação para a prática. A investigação-ação emerge desta procura e torna-se assim cada vez mais visível a sua relação com um número variável de disciplinas.

Com o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e ciência, começou a verificar-se uma cada vez mais nítida separação entre a teoria, a pesquisa e a prática, de tal forma que Walker, num encontro da Associação Americana de Enfermagem em 1992, chamou a atenção para a necessidade de um alinhamento concetual e científico entre a teoria, a pesquisa e a prática dos cuidados de enfermagem. O principal objetivo da investigação-ação é criar uma mudança na prática ou desenvolver ou aperfeiçoar uma teoria existente, como refere Holter e Schawwartz-Barcott (1993).

Carr e Kemmis (1986) descrevem a investigação-ação como uma forma simples de empreender um pesquisa autorreflexiva, por participantes em determinadas situações, com vista ao empreendimento

de uma prática racionalizada e justa, para que se verifique a compreensão e o esclarecimento dos conteúdos dessa mesma prática.

Gravett aponta as seguintes fases para o processo de investigação-ação que seguimos:

*“ 1 – Definição do problema;*

*2 – Desenvolvimento do plano de resolução do problema;*

*3 – Ação: implementação do plano de ação;*

*4 – Observação: com o seguimento e o registo dos acontecimentos – gerando a evidência a partir dos dados.*

*5 – Reflexão: análise e avaliação dos resultados, identificando caminhos para empreender na prática” (Gavett, 2004: 262).*

Face ao nosso conhecimento da realidade atual, ao que foi observado no período de observação das práticas profissionais, interessava-nos desenvolver um tipo de metodologia que permitisse diagnosticar e encontrar soluções para a realidade da prática de enfermagem.

Consideramos ser sempre necessário encontrar o diagnóstico a fim de se poder passar à intervenção, dado que esta só se justifica em face da situação diagnóstica encontrada. A investigação-ação foi considerada a metodologia que nos poderia ajudar a fazer o percurso para a mudança.

A pesquisa realizada teve como referência a dimensão espiritual do ser humano e concretamente o diagnóstico de angústia espiritual e as intervenções de enfermagem que lhe estão associadas.

Foi então necessário encontrar indicadores que nos permitissem reconhecer com rigor o diagnóstico de angústia espiritual. As características definidoras do diagnóstico constituíram-se como os indicadores que nos permitiram chegar à situação diagnóstica.

Foram ainda definidos os seguintes objetivos para o estudo:

1) *Analisar a forma como os enfermeiros identificam aspetos da observação que indicam o diagnóstico de angústia espiritual;*

- 2) *Contribuir para o aprofundamento do conhecimento de padrões de respostas humanas face ao diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual;*
- 3) *Identificar intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico de angústia espiritual;*
- 4) *Contribuir para a implementação de estratégias para a promoção da qualidade, da prestação dos cuidados de enfermagem, do ensino e da investigação, relacionados com o diagnóstico de angústia espiritual.*

### 3.1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Na investigação-ação a ênfase é colocada na ação, contudo o mais importante está em alcançar a melhor compreensão do problema e chegar à sua resolução com uma teoria explícita, substanciada numa resolução que satisfaça os intervenientes.

Podemos afirmar que o objetivo fundamental do diagnóstico ou da análise da realidade é conhecer com detalhe a situação problema para a transformar. Deste objetivo se depreende que não podemos apenas saber o que se passa ou o que sucede em determinada situação concreta, mas que esse conhecimento nos sirva para atuar de uma forma eficaz.

Definir o problema é comunicar a perspetiva em que se está a trabalhar e quais os objetivos desse trabalho. Para González (2000), a identificação de um problema existente não significa a ausência de soluções apenas representa uma realidade negativa ou desfavorável.

Para Laville e Dionne (1999) um problema de pesquisa é um problema que se pode resolver com conhecimentos e dados já disponíveis ou com dados que possam ser produzidos e cuja compreensão forneça novos conhecimentos para o tratamento das questões que lhe estão relacionadas.

Foi realizado um período de um mês de observação das práticas de cuidados, com períodos de escuta a alguns doentes internados, com os

objetivos de ser reconhecido no serviço pelos enfermeiros, de escutar alguns doentes e de perceber como poderiam ser identificados problemas da área da espiritualidade.

Assim, a definição do problema foi feita através de revisão bibliográfica sobre estudos realizados nesta dimensão, artigos, com especial relevância no que se refere à apreciação das necessidades espirituais e formas de intervenção específica de enfermagem a fim de dar resposta à situação de diagnóstico selecionada e ainda com dados recolhidos da nossa experiência profissional e da observação da realidade concreta da prática de cuidados de enfermagem de uma equipa de enfermagem.

O problema em estudo foi definido tendo em conta os aspetos já referidos e concretamente com o contributo importante do nosso conhecimento da realidade e ainda pela observação dessa mesma realidade durante um período de tempo de um mês.

No período de observação das práticas de cuidados de enfermagem de uma equipa, constatamos que os *“enfermeiros não valorizavam a dimensão espiritual do ser humano, não recolhiam dados relacionados com os diagnósticos da área da espiritualidade e não desenvolviam qualquer tipo de intervenção”*, situação que constitui o nosso problema de investigação.

Optámos por trabalhar o diagnóstico de angústia espiritual dado que é um diagnóstico já estudado pela NANDA e porque o consideramos como o mais representativo da dimensão espiritual.

### 3.2 – DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE RESOLUÇÃO DO PROBLEMA

Para Sousa (2006) o investigador deverá empenhar-se na procura de uma melhor clarificação da natureza do problema e o seu contexto e em colaboração com os participantes no processo, planeia e implementa a

estratégia de resolução do problema.

Segundo Zuber-Skerrit (1996) fazer investigação-ação implica planejar, atuar, observar e refletir, mais cuidadosamente do que aquilo que se faz no dia-a-dia, no sentido de induzirem melhorias nas práticas.

O estabelecimento de um plano de ação pressupõe a definição de um conjunto de procedimentos e técnicas que têm como objetivo a resolução do problema, isto é uma mudança situacional futura. Não se trata apenas de decisões sobre o futuro mas sobretudo do futuro das decisões.

Para Baskerville (1999) a realidade pode ser estudada através da introdução de mudanças e pela observação dos seus efeitos. Num processo de investigação-ação a função principal do investigador assenta na transferência de conhecimento aos intervenientes do estudo dando-lhes a possibilidade de esclarecer a sua prática e as suas relações com o resto do sistema social. É nos atores do sistema, que têm a chave da solução do problema, que as decisões para a ação devem incidir e só serão úteis se o plano de ação for compreendido, aceite e reconhecido.

Após ter sido concedida a autorização pelo Conselho de Administração do Hospital para a realização do estudo foi contactada e Enfermeira Chefe do Serviço e o Diretor de Serviço onde se pretendia realizar a pesquisa, explicado o estudo e solicitada a colaboração do serviço para a realização da investigação. A Enf.<sup>a</sup> Chefe durante uma semana contactou individualmente todos os enfermeiros e obteve destes a autorização para uma reunião individual com o investigador.

Foram contactados todos os enfermeiros do serviço individualmente a fim de se explicar o tema a abordar, os objetivos do estudo e foi marcada uma reunião para a 1<sup>a</sup> sessão de trabalho.

Foi realizada uma reunião individual com todos os enfermeiros que mostraram disponibilidade para participar no estudo.

Na reunião discutiu-se novamente o tema, os objetivos do estudo e fizemos a formação tendo como referência o diagnóstico de angústia

espiritual da NANDA e as características definidoras conforme podemos verificar no documento em anexo 1.

Solicitámos que durante o período de um mês, os enfermeiros apreciassem os doentes que cuidavam, tendo em consideração a sua dimensão espiritual e concretamente identificassem a situação diagnóstica de “angústia espiritual”.

Depois do período de experimentação de um mês, marcámos nova reunião e aí realizámos uma entrevista para recolha de dados sobre a situação diagnóstica em estudo.

No final da entrevista solicitámos a cada um dos participantes que, em face da situação diagnóstica em estudo encontrada, implementassem as intervenções de enfermagem que considerassem necessárias.

Foi concedido um período de experimentação de seis meses.

Depois do período de experimentação de seis meses foi realizada nova entrevista, para análise e avaliação da intervenção realizada e recolha de dados.

### 3.3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para Sousa (2006) o investigador desenvolve o seu trabalho sustentado na relevância da investigação para a comunidade científica e, tendo em conta a resolução do problema identificado.

A implementação do plano teve a duração de um ano e decorreu da seguinte forma:

- Foi solicitado a colaboração de todos os enfermeiros de um serviço para a sua participação no estudo (trinta e dois enfermeiros). Inicialmente vinte e cinco enfermeiros disponibilizaram-se a participar e todos foram contactados individualmente de forma a dar-lhes a conhecer o tema a estudar, o processo de investigação, alguns conteúdos sobre o tema e

entregou-se a documentação onde constava a descrição do diagnóstico de angústia espiritual e as características definidoras.

- Solicitámos aos enfermeiros que, no seu processo de cuidados, refletissem a partir da sua prática e nos dissessem como seria possível identificar o diagnóstico de angústia espiritual.

No mês seguinte em entrevista semi-estruturada recolhemos a informação de todos os enfermeiros que quiseram colaborar na pesquisa, da forma como lhes foi possível identificar o diagnóstico de angústia espiritual.

- Nesta entrevista solicitámos que, durante um período de seis meses, os enfermeiros tentassem implementar intervenções de enfermagem que considerassem adequadas para responder ao diagnóstico de angústia espiritual.

- Passados seis meses, em entrevistas semi-estruturadas, solicitámos aos enfermeiros que nos revelassem as intervenções de enfermagem que foram implementadas e os resultados conseguidos.

Em resumo foram contactados trinta e dois enfermeiros de um serviço. Disponibilizaram-se a participar vinte e cinco enfermeiros aos quais se fez formação na temática em estudo. Foram realizadas dezasseis entrevistas na primeira fase (fase de análise da forma como os enfermeiros identificam o diagnóstico de angústia espiritual), os restantes enfermeiros mostraram indisponibilidade para colaborar no estudo.

Em anexo 2 apresentamos a caracterização dos enfermeiros intervenientes no estudo.

Foram realizadas doze entrevistas para percebermos que intervenções de enfermagem foram implementadas, os restantes enfermeiros mostraram indisponibilidade para continuar a colaborar no estudo.

### 3.4 – OBSERVAÇÃO: REGISTO DOS ACONTECIMENTOS

A fase de observação com o seguimento e o registo dos acontecimentos foi realizada com o objetivo de gerar a evidência a partir dos dados. Os dados foram recolhidos pela realização de entrevistas semi-estruturadas nos dois períodos referidos anteriormente.

Para Sousa (2006) o conhecimento prático é a forma de conhecimento que os profissionais constroem a partir da sua atividade. Este é um conhecimento que não diz respeito unicamente aos aspetos conceituais, mas que faz referência às experiências, conhecimentos e crenças que são úteis para a prática profissional, sendo fundamental para a compreensão do contexto de atuação.

O autor que acabámos de referir adianta ainda que, partindo da prática, o conhecimento tem a possibilidade de experimentar e impregnar-se dos valores que regem a atividade humana, permitindo a integração e aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, utilizando a reflexão sobre a própria prática.

Foi sobretudo a partir da prática de cuidados que os enfermeiros nos relataram as suas intervenções por meio de entrevista.

Para Quivy e Campenhoudt (1998) devemos considerar a entrevista como uma técnica de investigação onde se cruzam duas fontes de informação: o discurso enquanto dado e o discurso enquanto processo. Isto é, por um lado permite abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura da realidade, tomar consciência das dimensões e dos aspetos de um dado problema, nos quais o investigador não teria decerto pensado espontaneamente e por outro lado, levar o interlocutor a exprimir a sua vivência ou a perceção que tem do problema.

Para Laville e Dionne (1999) os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação

humana. Corretamente valorizados permitem retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.

Para estes autores as entrevistas caracterizam-se por um contacto direto entre o investigador e os seus interlocutores, e por uma fraca diretividade por parte daquele. O conteúdo da entrevista será objeto de uma análise de conteúdo sistemática. A entrevista semiestruturada é certamente a mais utilizada. O investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas e tem como objetivo analisar o impacto de um acontecimento ou de uma experiência precisa.

No nosso estudo as entrevistas foram gravadas e transcritas para ficheiros Word. Utilizamos o programa QSR (Qualitative Solutions and Research) NVivo 8, para análise de conteúdo e tratamento dos dados.

O NVivo é um dos *softwares* mais utilizados em pesquisas qualitativas. Independentemente do tipo de *software* a ser utilizado, a abordagem metodológica para análise dos dados de um trabalho de investigação é definida em tempo de projeto, sendo condição prévia do investigador a escolha do método e das estratégias de tratamento dos dados. Inicialmente o projeto foi estruturado na base de dados do *software*. Em seguida, ocorreu o processo de codificação e análise dos dados e, numa última etapa, foram extraídas informações para dar conteúdo ao relatório da pesquisa.

Para Quivy e Campenhoudt (1998) a análise de conteúdo permite desocultar o sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com que se veem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, e as leituras que fazem das próprias experiências.

Para Bardin (2009) a análise de conteúdo é atualmente um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas — desde o cálculo de frequências que fornece dados

cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem.

Para a análise das entrevistas da primeira fase foram definidas as seguintes categorias que correspondem às características definidoras do diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual segundo a NANDA:

**Quadro 2 – Categorização – tema 1**

Tema 1	Categorias
Como reconhecer que os doentes apresentam angústia espiritual?	Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus
	Expressa raiva de Deus
	Expressa falta de significado/propósito na vida
	É incapaz de experimentar a transcendência
	Expressa alienação ou isolamento
	Questiona o sofrimento
	Expressa falta de serenidade
	Expressa desespero
	Expressa necessidade de assistência espiritual
	Expressa falta de esperança
	Expressa falta de amor
	Sente-se abandonado
	Expressa sentimentos de culpa
	Recusa interagir com pessoas significativas
	Expressa alteração do comportamento: tristeza e Choro
	Expressa falta de coragem
	É incapaz de expressar criatividade
	Expressa sentimentos de pesar
	Expressa alteração do comportamento: raiva
	Não se interessa pela natureza/ambiente
Expressa revolta	

Para o tratamento de dados das entrevistas da 2ª fase a categorização foi realizada *a posteriori* e foram consideradas as seguintes categorias:

**Quadro 3 – Categorização - tema 2**

Tema 2	Categorias
Que intervenções de enfermagem são realizadas?	Oferecer ajuda
	Promover a esperança
	Solicitar apoio da equipa de cuidados paliativos
	Mostrar disponibilidade
	Encaminhar para o capelão/ministro de culto
	Escutar/Falar com o doente relativamente à sua situação de doença
	Fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença
	Incluir a família nos cuidados
	Não alimentar falsas esperanças
	Apoiar a reconciliação com a família
	Perceber a situação concreta do doente
	Solicitar apoio do médico
	Solicitar apoio dos voluntários

### 3.5 – ASPETOS ÉTICOS CONSIDERADOS NO ESTUDO

Foi solicitada a devida autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética do hospital.

Foi solicitado o consentimento informado a todos os intervenientes e salvaguardado o anonimato dos entrevistados e dos utentes que foram referidos no estudo. Igualmente foi referido que se procederá ao sigilo de todas as informações recolhidas que envolvam a natureza do estado de saúde dos utentes e de outros dados recolhidos no âmbito do estudo realizado.

#### **4 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS**

As entrevistas foram gravadas e transcritas para ficheiros Word e os textos produzidos decorrentes da transcrição das entrevistas foram sujeitos a análise de conteúdo com o recurso ao programa QSR NVivo 8.

O conceito de análise de conteúdo é considerada por Bardin (2009) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Moraes (1999) a análise de conteúdo faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais e constitui-se numa técnica de análise de dados, e numa abordagem metodológica com características e possibilidades próprias. É uma ferramenta, um guia prático para a ação, sempre renovada em função dos problemas cada vez mais diversificados que se apresentam ao investigador.

Para Bardin (2009) esta metodologia de pesquisa é usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão dos seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

#### 4.1 – O DIAGNÓSTICO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

O diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual tal como referimos no enquadramento teórico foi proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association*, desde 1980, e descreve as respostas do indivíduo relacionadas com a sua dimensão espiritual. Segundo esta associação (NANDA, 2008) “angústia espiritual” é definida como a “capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor”.

Importa referir novamente que as características definidoras do próprio diagnóstico foram consideradas como os indicadores válidos para a apreciação, a fim de se encontrar o referido diagnóstico na prática dos enfermeiros entrevistados.

A partir do *corpus* de análise construído na sequência das entrevistas gravadas, foi utilizado o programa QSR NVivo 8 para tratamento dos dados.

A partir da análise realizada foram encontradas as categorias que se apresentam nos quadros 4 e 5 e que correspondem às características definidoras do diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual segundo a NANDA, como já foi referido. As “referências” indicam a frequência com que as categorias aparecem referidas nas entrevistas consideradas as “fontes”.

#### Quadro 4 – Organização de dados para o diagnóstico

Tema 1	Categorias	Fonte	Referencias
Como reconhecer que os doentes apresentam angústia espiritual.	Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus	2	2
	Expressa raiva de Deus	6	7
	Expressa falta de significado/propósito na vida	14	30
	É incapaz de experimentar a transcendência	0	0
	Expressa alienação ou isolamento	7	12
	Questiona o sofrimento	8	10
	Expressa falta de serenidade	1	1
	Expressa desespero	8	11
	Expressa necessidade de assistência espiritual	4	5
	Expressa falta de esperança	5	5
	Expressa falta de amor	0	0
	Sente-se abandonado	1	1
	Expressa sentimentos de culpa	1	1
	Recusa interagir com pessoas significativas	0	0
	Expressa alteração do comportamento: tristeza e Choro	3	3
	Expressa falta de coragem	0	0
	É incapaz de expressar criatividade	0	0
	Expressa sentimento de pesar	0	0
	Expressa alteração do comportamento: raiva	0	0
	Não se interessa pela natureza/ambiente	0	0
Expressa revolta	8	10	

Fonte: Tratamento dos dados - QSR NVivo 8

Podemos verificar que existiam vinte e um indicadores em análise, sete indicadores não foram referidos pelos enfermeiros e surgiram treze características definidoras do diagnóstico de angústia espiritual identificadas pelos enfermeiros a partir da sua prática profissional. De referir que as características definidoras tiveram pesos muito variados que foram relacionadas com o número enfermeiros que as enunciaram e a frequência com que foram referidas.

Apresentam-se também os dados agora ordenados para melhor percepção da evidência encontrada.

#### Quadro 5 - Ordenação de dados para o diagnóstico

Tema 1	Fonte	Referências
Expressa falta de significado/propósito na vida	14	30
Expressa alienação ou isolamento	7	12
Expressa desespero	8	11
Expressa revolta	8	10
Questiona o sofrimento	8	10
Expressa raiva de Deus	6	7
Expressa falta de esperança	5	5
Expressa necessidade de assistência espiritual	4	5
Expressa alteração do comportamento: tristeza e Choro	3	3
Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus	2	2
Expressa falta de serenidade	1	1
Expressa sentimentos de culpa	1	1
Sente-se abandonado	1	1
É incapaz de experimentar a transcendência	0	0
Expressa falta de amor	0	0
Recusa interagir com pessoas significativas	0	0
Expressa falta de coragem	0	0
É incapaz de expressar criatividade	0	0
Expressa sentimento de pesar	0	0
Expressa alteração do comportamento: raiva	0	0
Não se interessa pela natureza/ambiente	0	0

Fonte: Tratamento dos dados - QSR NVivo 8

#### 4.2 – AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: CATEGORIZAÇÃO

A partir da análise realizada foram encontradas as intervenções que apresentamos no quadro nº 6. Para o tratamento de dados das entrevistas da 2ª fase a categorização foi realizada à posteriori e foram consideradas as categorias que a seguir se apresentam, onde as

“referências” indicam novamente a frequência com que as categorias aparecem referidas nas entrevistas consideradas as “fontes”.

#### Quadro 6 – Organização de dados para as intervenções de enfermagem

Tema 2	Categorias	Fonte	Referências
Intervenções de enfermagem	Oferecer ajuda	2	4
	Alimentar a esperança	2	2
	Solicitar apoio da equipa de cuidados paliativos	1	1
	Mostrar disponibilidade	2	4
	Encaminhar para o capelão/ministro de culto	2	3
	Escutar/Falar com o doente relativamente à sua situação de doença	10	28
	Fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença	1	1
	Incluir a família nos cuidados	4	9
	Não alimentar falsas esperanças	1	1
	Apoiar a reconciliação com a família	1	1
	Perceber a situação concreta do doente	1	1
	Solicitar apoio do médico	1	1
	Solicitar apoio dos voluntários	1	1

Fonte: Tratamento dos dados - QSR NVivo 8

Apresentam-se também no quadro nº 7, os dados agora ordenados para melhor perceção da evidência encontrada.

#### Quadro 7 – Ordenação de dados para as intervenções de enfermagem

Tema 2	Fonte	Referências
Escutar/Falar com o doente relativamente à sua situação de doença	10	28
Incluir a família nos cuidados	4	9
Oferecer ajuda	2	4
Mostrar disponibilidade	2	4
Encaminhar para o capelão/ministro de culto	2	3
Promover a esperança	2	2
Solicitar apoio da equipa de cuidados paliativos	1	1
Fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença	1	1
Não alimentar falsas esperanças	1	1
Apoiar a reconciliação com a família	1	1
Perceber a situação concreta do doente	1	1
Solicitar apoio do médico	1	1
Solicitar apoio dos voluntários	1	1

Fonte: Tratamento dos dados - QSR NVivo 8

Verifica-se que as intervenções mais valorizadas foram “escutar ou falar com o doente relativamente à sua situação de doença “e “incluir a família nos cuidados”. As restantes intervenções tiveram pesos relativamente baixos mas que consideramos significativas porque fazem sentido quando integradas nos discursos dos enfermeiros, cujos excertos apresentamos na discussão dos dados.

## 5 – DISCUSSÃO DE DADOS

Neste capítulo de discussão de dados são apresentados e discutidos os dados recolhidos. Como foi referido na metodologia, foi feita a leitura dos textos transcritos a partir das entrevistas realizadas numa tentativa de procura de compreensão e interpretação do respetivo conteúdo.

A análise é fundamentada essencialmente no conteúdo manifesto e latente dos discursos dos entrevistados, em comparação com investigações e trabalhos de reflexão sobre a temática em estudo, encontrados na bibliografia consultada.

Verificamos que quase todos os enfermeiros que colaboraram no estudo eram detentores da categoria de “enfermeiro” e apenas dois eram “enfermeiros especialistas”. Tinham em média trinta e três anos de idade e uma experiência de prática profissional média de dez anos.

### 5.1 - A IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Segue-se o contributo que os enfermeiros nos deram na identificação de expressões significativas que nos ajudam a caracterizar o diagnóstico de angústia espiritual. São expressões que estão de acordo com as características definidoras, do referido diagnóstico, preconizadas pela NANDA.

Lopes (2006), num estudo realizado sobre a relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica, refere que o processo de avaliação diagnóstica está presente no decurso de toda a interação que o enfermeiro estabelece com o doente e torna a iniciar-se no momento em que o doente e enfermeiro se voltam a encontrar quando é

necessário prestar cuidados, o que poderá levar à modificação do próprio processo de avaliação de diagnóstico.

Esta referência de Lopes (2006) ajudou-nos a refletir sobre a complexidade da recolha e seleção de informação, para a construção do diagnóstico e a necessidade de se dar especial valor aos aspetos da comunicação direta com o doente, assim como à observação do próprio doente.

Apontamos de seguida algumas expressões que os enfermeiros referiram, como sendo os aspetos mais significativos que contribuíram para a identificação do diagnóstico de angústia espiritual e que são a essência da categorização que lhe foi atribuída no tratamento dos dados. Faz-se também a discussão de dados tendo em conta o quadro de referência apresentado.

### **Expressa falta de significado ou propósito na vida**

A categoria “*expressa falta de significado ou propósito na vida*” foi a mais identificada pelos enfermeiros. Reconhecem os enfermeiros que o doente pode estar a apresentar uma situação de angústia espiritual quando expressa verbalmente a falta de significado ou de propósito para a vida.

Apresentamos alguns excertos que ilustram a categoria em análise:

*... aqui no nosso serviço, as pessoas revelam a preocupação que têm com o sentido da vida, tem que ver com o facto de elas serem produtivas ou não ... com o facto de darem trabalho a alguém, as pessoas quando se vêm diminuídas, quando ficam dependentes perdem o sentido para a vida por essa razão... (BF)*

*...o questionar o significado da vida acontece muito nas situações dos doentes terminais... (TR)*

*Na maioria verifica-se a desistência, tivemos um senhor que entrou, não sabia muito bem o que tinha, foi operado fizeram só uma laparotomia, era um neo gástrico já em estado muito avançado, depois foi dito ao senhor o que ele tinha e nesse dia ficou de “rastos”, ele estava no quarto de operados eu estava lá nesse dia, o senhor realmente ficou muito em baixo, e dizia que não valia a pena já viver, foi fazer quimioterapia e radioterapia, mas ele viu aquilo tudo de forma muito negativa, e ali no momento verbalizou que não valia a pena que já não queria ser operado outra vez... (FC)*

A falta de sentido da vida é a variável mais evidente nos discursos dos enfermeiros, sendo também este aspeto a essência do diagnóstico de angústia espiritual na conceção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) e nos estudos sobre este mesmo diagnóstico que a Associação Americana para os Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) empreendeu.

Nos momentos em que se confrontam com a doença, as pessoas ficam emocionalmente fragilizadas porque o bem-estar assenta em parte, na ilusão da invulnerabilidade do ser humano. No entanto a doença, sobretudo quando é severa toca essa ilusão, desmentindo a premissa de que o mundo está protegido e por isso, as pessoas ficam fragilizadas e conscientes da sua vulnerabilidade como defende Canesqui *et al.* (2007).

Quem é acometido por uma doença grave, muitas vezes procura ajuda espiritual nos momentos de dor, de falta de esperança, no momento da morte, tentando encontrar significados para os acontecimentos da sua vida como nos indica Tarouco *et al.* (2009), contudo quando não se consegue encontrar esse significado podemos estar perante uma situação nítida de angústia espiritual.

Mendelson (2002) refere que a componente emocional é o principal fator determinante do estado de saúde de um indivíduo. Narayanasamy (2002) revela-nos que os percursos da doença crónica evocam a necessidade de uma procura do espiritual em termos da busca de significado e propósito tanto para crentes como para não crentes. Contudo Amatuzzi (1999) defende que a religião pode ajudar-

nos na percepção das coisas do mundo e esta percepção nos leva a ver de forma mais abrangente os limites do mundo e a essência da realidade, sendo estes aspetos que sustentam a necessidade humana de sentido para a vida ou a procura de uma harmonia perdida.

O sentido da vida é uma condição do próprio viver e sem esse sentido a vida por vezes perde o interesse, chegamos a situações de perda da vontade de viver e abreviar a vida pode chegar a tornar-se numa tentação. Em diferentes momentos da vida, deparamo-nos com limites ou fronteiras que se nos impõem, perante estes podemos enfrentar os obstáculos e ultrapassamo-los e vamos além ou perante as dificuldades paralisamos ou recuamos. É a vida que nos proporciona alguns desafios e motivos para nos surpreendermos connosco mesmos quando encontramos o sentido que lhe queremos dar.

Wolf (2011) defende a ideia de que a vida de uma pessoa só pode sentido se ela se interessar de um modo profundo pelas coisas, se se prender, entusiasmar, interessar ou amar, contudo esta posição só será válida se os objetos ou as atividades de que se ocupa tiverem valor, isto é se ajudarem positivamente na construção da relação com os outros e connosco próprios.

### **Expressa alienação ou isolamento**

A solidão, o isolamento social e a alienação emocional tornaram-se num modo de vida quase comum a muitas pessoas. A solidão tem vindo a ser associada à depressão, à ansiedade e à hostilidade interpessoal, a uma maior vulnerabilidade, a problemas de saúde e até mesmo ao suicídio. A evidência científica parece revelar que, de uma forma mais global, a quebra de interações sociais, a alienação, as altas taxas de divórcio e os crimes generalizados têm sido vistos como

sintomas da deterioração social que estão intensamente relacionados com o isolamento e com a solidão.

Podemos verificar algumas expressões significativas dos enfermeiros entrevistados relativamente à alienação e ao isolamento:

*- Como revelam? Uma das coisas que eles as vezes fazem... é fecham-se. Não dizem nada, é o silêncio, o silêncio é uma das formas de indiretamente mostrarem a angústia espiritual. Nós temos tido pessoas que sabem o que têm, a família também sabe mas a família às vezes vem e faz perguntas, questionam e dizem vamos ver vamos ver, fecham-se e não adiantam mais do que aquilo, estão nesta fase angustiante e então, fecham-se, uma coisa que eu acho é que eles fazem silêncio. (AC)*

*Começam a ficar mais caladinhos, quando começamos a tentar perguntar alguma coisa, têm respostas secas, como a dizer “eu não quero falar sobre isso, não me chateiem, não tenho nada a ver com o assunto”.. (AJ)*

*Agora temos aí um senhor que está em fase terminal em que se notou a desistência dele, a rotura com tudo, as vezes ele verbaliza connosco, ele tem muita família em redor mas eu acho que eles que o protegem e para não o fazerem sofrer acabam por não manifestar tanto ... ele agora foi amputado nesta fase.. não queria decidir a amputação e até a filha o obrigar, ele não queria, ficou sem reagir, abria os olhos e não reagia... um dia estive com ele e todas as reações eram fechar os olhos e não dizer nada. (CH)*

Num estudo desenvolvido por Ketterer *et al.* (2011) verificou-se que tanto o sofrimento emocional como o isolamento social ou a alienação foram considerados fatores preditivos de problemas cardíacos adversos, no entanto poucos estudos têm testado a redundância e eficácia destes indicadores como preditores dos resultados. Este estudo foi feito através de entrevistas a 163 doentes com doença arterial coronária e constatou-se que tanto o sofrimento emocional como o isolamento social ou a alienação constituem indicadores da presença de doença arterial coronária.

A doença coronária é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e fonte de sofrimento quer na fase aguda quer na fase de situação crónica.

Cheryl (2004) chegou à conclusão que a alienação é bastante comum em áreas densamente povoadas, como tal os profissionais dessa

área devem estar preparados e equipados para trabalhar com os utentes que estão a ser vítimas desta condição, sendo necessário que tentem identificar as características da alienação específicas de cada pessoa, com o objetivo de ajudar na gestão da situação e na mudança da situação em causa, a fim de poderem melhorar a qualidade de vida.

Na sociedade atual, vivemos muitos momentos em que nos são mostradas, com facilidade, uma abundância de oportunidades, de sucesso que contrastam com as dificuldades da realidade que depois experimentamos. A falta de sucesso nos negócios ou a perda de um trabalho, as situações de doença grave do próprio ou de um familiar podem provocar nas pessoas sentimentos de fracasso individual, o que pode conduzir ao isolamento social tanto por vergonha como pela sensação de incapacidade/inutilidade.

Muitas vezes também podemos confundir solidão e isolamento ou mesmo alienação com o isolamento geográfica entre as pessoas, contudo estar sozinho pode ser muito doloroso e pode provocar momentos de desespero, no entanto pode ser também uma oportunidade para meditar, refletir, imaginar, escrever, planejar algo e até mesmo tomar decisões sobre o futuro. Estar sozinho não deve ser visto apenas como algo de negativo pois também é uma necessidade do ser humano.

Cascais *et al.* (2007), num artigo que tinha como objetivo evidenciar os estudos existentes acerca do “processo de viver” da pessoa ostomizada, efetuaram uma revisão de literatura que deu especial realce às alterações fisiológicas, psico-emocionais e sociais que ocorrem após a intervenção cirúrgica e chegaram à conclusão que muitos doentes descrevem sentimentos de alienação em relação ao seu corpo, sentindo-se diferentes após a cirurgia, passando a sentir menos respeito e confiança em si próprios.

Algumas pessoas percebem o afastamento dos seus amigos após a ostomia, sentindo-se discriminados e por isso limitam os seus contactos

sociais, isolando-se. Outros no entanto recomeçam as suas vidas sociais e ultrapassam a situação.

### **Expressa desespero**

O desespero é um dos sentimentos encontrados, direta ou indiretamente, nos discursos dos enfermeiros. Verifique-se alguns exemplos:

*Na maior parte dos doentes, sobretudo naqueles que estão em situação mais complicada, nos doentes terminais, quando já não há nada a fazer, manifestam muito por palavras “já não há nada a fazer isto é só para me despacharem, já ninguém quer saber de mim, os médicos já não me vêm ver” . Dizem: o médico não vem cá é porque já não há nada a fazer... e até não é... e eles associam, como já são um caso à parte já ninguém quer saber... eu também não tinha essa noção.. . (AJ)*

*Na minha observação eu tinha um doente, por exemplo que estava numa angústia terrível num desânimo num desespero e verbalizava irritado porque não sabia mudar o saco de colostomia e agora quem é que mudava agora tinha alta e quem é que lhe mudava o saco de colostomia (PP)*

*Nalgumas fases o que é que estão cá a fazer que mais valia de morrer do que estar a sofrer, então as senhoras idosas dizem sempre isso sempre, sempre a dar trabalho aos outros realmente dizem isso. (TR)*

Na obra de Kierkegaard ao conceito de indivíduo ligam-se com bastante solidez os conceitos de angústia, desespero, paradoxo, fé e existência. Tanto angústia como desespero são conceitos fundamentais para a compreensão da antropologia de Kierkegaard e dizem respeito fundamentalmente ao ser humano individualmente considerado. Em Kierkegaard, normalmente, podemos identificar desespero com sentimentos de raiva, cólera, furor, depressão, desânimo e desesperança, como defende Roos (2010).

Tillich (1976) influenciado pela filosofia de Kierkegaard defende que vivemos em angústia e desespero: vivemos em angústia porque

somos finitos e em desespero porque vivemos essa angústia num estado finito de solidão. O desespero é humano porque somente o homem pode saber o que é o desespero. Os animais não sofrem dessa enfermidade dado que a ela é estritamente suscetível aos homens.

Para Kierkegaard, o desespero é um estado conflituante entre o desejo de nos desembaraçarmos do nosso eu e a vontade desesperada de sermos nós próprios. A angústia é, portanto, dupla angústia: a angústia de ser e de ter medo de ser. O desespero, por sua vez, é o estado-limite de conflito das relações que culminam na discordância interna de uma síntese, não que o desespero seja uma consequência da discordância mas da relação orientada sobre si própria. Isso faz do desespero uma “doença mortal”, porque torna o homem consciente da indestrutibilidade do eu.

O desespero surge como uma espécie de constrangimento oriundo da impossibilidade do homem se conseguir libertar de si próprio. Tillich está de acordo com o fundamento destes argumentos tendo consciência que o desespero é inescapável. A própria palavra, segundo ele, significa “sem esperança” expressando “o sentimento de uma situação da qual não existe saída.

Conforme Tillich nos descreve, a dor do desespero é a agonia de ser responsável pela perda do sentido de nossa existência e de ser incapaz de redescobri-lo e assim, semelhante aos três indivíduos enclausurados e condenados ao conflito mútuo descrito por Sartre. Somos trancados em nós mesmos em conflito com o nosso próprio ser, por isso, não há fuga no estado de desespero, pois ninguém pode fugir de si mesmo, como refere Tillich (1976).

O significado do conceito de desespero que os dois filósofos Tillich e Kierkegaard apresentam ajuda-nos a perceber os sentimentos que os enfermeiros encontram nos doentes que cuidam.

Kylmä (2005), num trabalho realizado a partir de estudos anteriores sobre a dinâmica da esperança, relata que existem

sentimentos de desespero e falta de esperança quando um membro da família se debate com o diagnóstico de VIH. A ajuda a pessoas que vivem com VIH passa por uma troca experiências de desespero e de falta de esperança, por isso torna-se necessário ser recetivo às experiências de desespero do doente.

Este autor afirma que o desespero é composto por dois subprocessos: descendente e ascendente. A fronteira entre estes dois subprocessos passa por dois possíveis caminhos de escolha, o caminho da destruição por ceder ao desespero e um caminho construtivo que conduz à esperança. O subprocesso descendente do desespero implica a entrega à situação que causa desespero, com pouca visão das potencialidades residuais e falta de confiança no futuro. Este subprocesso leva-nos a questionar a possibilidade de esperança. O subprocesso ascendente do desespero implica dar resposta à situação e lutar de forma a ganhar esperança.

O desespero e a esperança são fenómenos que são parcialmente sobrepostos. No desespero há um resto de esperança, facto que está presente no processo ascendente do desespero. Há consequências que advêm do desespero e que podem levar a pessoa ser prisioneira dela própria manifestando alguns sintomas, como seja a falta de interesse pela vida, a diminuição da capacidade de trabalho, a falta de concentração, as alterações de humor e em condições extremas pode levar ao suicídio.

O desespero indica em regra um estado de sofrimento profundo, uma completa escuridão onde a vida é visto como um túnel sem fim com bastantes dificuldades para encontrar uma saída deste estado. Na prática, os enfermeiros lidam com estas situações quase todos os dias, contudo é preciso entender que o desespero é um fenómeno subjetivo que não pode ser controlado pela vontade ou pela razão.

Giske e Gjengedal (2007), num estudo a partir de entrevistas feitas a doentes com problemas gastrointestinais cujos resultados se referem à

forma como os doentes internados lidam com o diagnóstico, chegou à conclusão que quando se tem a notícia de que o diagnóstico não é favorável, é necessário que se avalie a situação de forma realista para se ser capaz de lidar com a própria situação da forma mais eficaz. É necessário gerir a situação a partir daquilo que se apresenta mais positivo com vista a fortalecer a esperança e prevenir as situações de desespero.

Referem ainda os autores citados que, durante o processo de consciencialização do diagnóstico, os doentes procuram sinais de esperança para se conseguir um equilíbrio. A esperança em conjunto com a consciencialização do diagnóstico pode impedir que os doentes mergulhem numa escalada que os leve ao desespero.

Assim, podemos verificar nos resultados deste estudo que o desespero está relacionado com a pouca esperança, pelo que se torna necessário que os doentes consigam manter um equilíbrio, entre a esperança e o desespero, que seja aceitável e suportável.

### **Expressa revolta**

O sentimento de revolta foi também encontrado com frequência nos discursos dos enfermeiros entrevistados como ilustram os excertos seleccionados que se seguem:

*Os novos são onde se nota mais, esta angústia espiritual, esta fase de doença sofrimento, e revolta acho que é mais nos doentes oncológicos novos. (AC)*

*As vezes verifico que estão naquela fase que se revoltam contra o mundo e acabam por não querer fazer nada, nós insistimos... vamos levantar, vamos andar um bocadinho, tem que comer mais e eles não querem nada. Eu por acaso tive aí uma situação com um doente que era um doente oncológico, que eu acho que é onde se nota mais... nos amputados as vezes nota-se principalmente quando são pessoas que ficam mais dependentes... (CH)*

*O senhor já não o podia ver chegar.. porque como estava muito perto dele, ele revoltava-se contra ele (aluno), mas era só com este aluno que ele falava, era só ele que o conseguia fazer alguma coisa, e eu dizia-lhe: não você está-lhe a fazer bem porque nota-se que consigo ele até fica melhor do que connosco, com ele ficava mais colaborante ... é assim nota-se as vezes mais no comportamento do que na verbalização. (CH)*

Algumas emoções como o medo, a insegurança, o desespero e a revolta estão presentes em muitos doentes nos seus diversos percursos de doença. A revolta é um sentimento que pode ocorrer imediatamente após o conhecimento de um diagnóstico e prolongar-se por longos períodos de tempo, com recidivas frequentes ao longo de todo o processo de doença. O desespero e a revolta são aspetos valorizados pelos enfermeiros quando recolhem dados que lhes permitem chegar a um diagnóstico de angústia espiritual.

Nos doentes em fim de vida verificam-se muitos sentimentos como sejam a frustração, a sensação de fragilidade, o medo, a impotência, a indignação, as atitudes de revolta e a desistência de viver.

É a expressão destes sentimentos que nos pode ajudar no processo de avaliação de diagnóstico em estudo.

Num estudo realizado por Ferreira *et al.* (2008) com casais cujas esposas sofreram cancro da mama, os sentimentos mais encontrados nos discursos dos entrevistados foram a revolta e a ansiedade quando lhes foi revelado o diagnóstico de cancro. Foram entrevistados vários casais e os resultados mostraram que os sentidos de provação e morte despertaram nos participantes sentimentos de revolta em relação a Deus.

Castro e Car (2000) referem que a hipertensão arterial pode causar complicações sérias na saúde do indivíduo que comprometem o seu estado físico, provocando mudanças no seu estilo de vida, pelo que o seu controlo adequado promove a redução de complicações e melhora as expetativas de vida. O tratamento desta doença crónica transcende os métodos clínicos, sendo necessário incutir-se no indivíduo a forma adequada para poder lidar com as mudanças psicológicas e sociais que

uma doença incurável origina na sua vida e na vida dos respetivos familiares.

Referem ainda estes autores que, psicologicamente o indivíduo apresenta sentimentos de raiva, revolta, tristeza, solidão e angústia e diariamente trava uma luta consigo mesmo onde aceita ou nega o diagnóstico da sua doença. Os hipertensos atravessam, principalmente, três fases: a primeira corresponde à resistência, onde o indivíduo nega a doença; de seguida passa por um processo de aceitação, ou seja, existe consciência e lamentação da doença através da depressão, da revolta e do choro. Por fim, a última fase, relaciona-se com a aceitação e adaptação ao novo equilíbrio das emoções.

As mudanças ocorridas na vida dos doentes após o início dos cuidados desta doença englobam um período problemático que provoca sentimentos negativos. As reações de revolta e de raiva, devido às imposições com que são confrontados na sua vida, são frequentes e demonstram o sofrimento que está presente na vida daquelas pessoas.

Gir e Reis (2001) detetaram nos enfermeiros e nos doentes com VIH no decurso do processo de doença, alguns sentimentos que nos interessa referir. Os sentimentos presentes nos profissionais de saúde, em particular no enfermeiro que é o elemento com mais interação nestes casos, são principalmente o sofrimento psicológico e a preocupação. Por outro lado, nos doentes com VIH os sentimentos mais emergentes foram a raiva, a revolta, o medo, o cansaço mental e físico.

Num outro estudo desenvolvido por Reis *et al.* (2010), sobre as vivências dos enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual, os autores chegaram à conclusão de que a violência sexual constitui um grave problema de saúde pública contribuindo para as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade feminina. A mulher sexualmente violentada necessita de assistência física e emocional na interação com os profissionais de saúde. Os casos de violência sexual provocam um enorme impacto na prestação de serviços dos

profissionais que pode repercutir-se na qualidade da assistência prestada.

O relato das reações evidenciadas nestes casos divergem muito de mulheres para mulheres. Algumas reações são manifestadas verbalmente enquanto outras apenas se manifestam pela expressão facial ou pela posição do corpo. Enquanto algumas mulheres se encontravam emocionadas e incomodadas por relatar o sucedido, outras tentaram demonstrar insensibilidade ou aparentavam não ter qualquer tipo de receio. Os enfermeiros são o grupo profissional mais envolvido no desenvolvimento destes casos, logo serão também os profissionais mais confrontados com tensões emocionais causadoras de conflitos pessoais, por vezes muito intensos. O medo é uma reação muito comum nestes casos. O pavor, a angústia e a revolta são os sentimentos mais relatados nos enfermeiros. Quanto à vítima verifica-se que inicialmente passa por um situação de revolta e vergonha como se sentisse culpada pela situação e posteriormente, exibe sinais de alívio ou alegria após ter sido ajudada.

Navarro e Marcon (2008) num trabalho de pesquisa com doentes portadores da doença de Parkinson referem que esta doença traz grandes modificações nos estilos de vida do doente e da sua família, que alteram o estado físico, mental e social do indivíduo. Os sentimentos são diversificados e quase exclusivamente negativos, como seja a recusa da doença, a tristeza, a revolta, a raiva, o medo da dependência, a depressão e a decepção por saber o prognóstico incurável da doença.

Paiva *et al.* (2010) realizaram uma investigação etnográfica com o objetivo de compreender as experiências dos indivíduos politraumatizados. A observação direta, a entrevista semi-estruturada e o diário de campo foram as três técnicas essenciais para a realização do trabalho. A recolha de informação foi realizada a dez indivíduos e às respetivas famílias. Os sentimentos associados a esta experiência

traumática foram fundamentalmente o medo, a insegurança, a revolta, a vulnerabilidade e o sofrimento devido a uma modificação intensiva no estilo de vida.

Os sobreviventes de grandes acidentes revelam que as deficiências que ficam após a sua recuperação são muito marcadas, provocando limitações em todos os graus. O trauma afeta todas as partes do corpo e as sequelas podem ser de vários graus, impedindo a vida normal do indivíduo.

Estes indivíduos necessitam do máximo de apoio psicológico de modo a que consigam lidar com as alterações que ocorreram na sua vida, sendo necessário e fundamental reforçar os vínculos afetivos para que a sua revolta não aumente. A revolta por se tornar deficiente e conseqüentemente o facto de ter limitações para o resto da vida é evidente. A raiva do sucedido e a revolta de ficar com sequelas, são dois sentimentos emergentes, que os doentes vão ter que saber atenuar gradualmente para que consigam restabelecer o seu quotidiano.

Podemos verificar que o sentimento de revolta afeta tanto os profissionais de saúde quanto os doentes e as sua famílias e é um sentimento importante a ter em conta e a integrar no planeamento de cuidados.

### **Questiona o sofrimento**

Porque sofro assim? Porque me terá acontecido isto a mim? Porquê a mim? São questões que enquanto verbalizadas pelos doentes nos revelam a importância que o doente atribui ao seu sofrimento, como podemos verificar nos excertos seleccionados:

*Sim, dizem muito: porque é que tenho que morrer? Se tenho que morrer porque estou neste sofrimento? E há outros que até dizem mesmo traga-me uma injeção para acabar com este sofrimento, dê-me qualquer coisa para acabar com o meu sofrimento. As vezes até não é verdade, as vezes é mais um desabafo não é... mas aqueles doentes mais reservados mais calados, eu até tenho receio de os ouvir dizer isso porque quando têm conhecimento da doença referem que estão fartos de viver e que não querem viver assim... eu tenho um bocado de receio, ainda assim eles não façam alguma que depois... (AJ)*

*Não estou bem... isto não vai correr bem... eram os pensamentos dele, era que aquela situação não ia correr bem... porque estava a sofrer ....portanto o prognóstico ...e o futuro estava completamente devastado... (PP)*

*Agora estou-me a lembrar do caso de uma senhora que veio há duas semanas uma senhora que na altura tinha sido também uma senhora que teve uma angústia muito grande numa segunda intervenção ficou colostomizada, uma senhora nova, tinha quarenta e tal anos cinquenta anos entretanto a primeira cirurgia correu bem e na segunda ficou colostomizada. Veio há duas semanas atrás para encerrar colostomia e então este caso é o contrário que é na primeira cirurgia ela ficou muito angustiada porque ficou colostomizada e como é que agora me vai acontecer como é que isto tudo vai ser a partir daqui portanto e iniciou-se um processo de readaptação em todas as coisas da vida daquela senhora há duas semanas ela veio e veio e fez preparação toda para cirurgia no outro dia para encerrar e eram onze, onze e meia da noite a angústia dela veio ao de cima e ela disse mas porque é que eu me vou submeter a uma outra cirurgia se eu estou bem, ela só dizia: mas enfermeira mas eu estou bem eu faço a minha vida normal eu dou-me bem com o meu marido eu estou bem com os meus filhos e agora se isto corre mal e agora vou-me submeter a outra cirurgia porquê? então mas é uma decisão sua se você acha que está bem se o que lhe está a causar a angústia neste momento é você ser re-operada para encerrar não há necessidade disso e essa senhora era meia-noite e foi-se embora não foi operada e ficou com a colostomia. (PP)*

É importante reconhecermos que o sofrimento não tem uma manifestação única, nem o mesmo sentido ou significado para todos os indivíduos. O que é sofrimento para uma pessoa, não é o mesmo necessariamente para outra pessoa.

Para Brant e Minayo-Gomez (2004) o homem sofre porque passa a ter consciência da sua condição de finitude, o que faz do sofrimento uma dimensão sobretudo existencial e não apenas psicológica. Trata-se de uma questão de tempo e também de memória. A memória do sofrimento é o elemento capaz de implicar o ser na preservação da vida, o que revela uma importante função do sofrimento na construção do sujeito.

Num estudo com enfermeiros Jaspard (2004) tentou caracterizar a

lógica das relações entre sofrimento e a fé e observou uma diferença significativa na forma como os enfermeiros entrevistados falaram do sofrimento quando é referido num contexto religioso ou fora do contexto religioso. No contexto religioso verificou-se uma resposta às questões que lhes foram colocadas de um forma diferenciada enquanto que no contexto da vida na globalidade, todos se expressaram de uma maneira bastante semelhante.

O autor acima referido chega à conclusão que o sofrimento é, antes de tudo, uma realidade existencial comum e autónoma no plano “simplesmente humano” e é vivido com uma tonalidade emocional bastante carregada e de teor desagradável.

Este autor verificou ainda que, quando a própria pessoa sofre em quase nada muda a imagem que ela tem dela própria, mas a imagem da outra pessoa altera-se em face do sofrimento pelo qual essa pessoa passa. A experiência do sofrimento pode ajudar a modificar o sentido que se dá à vida, contudo se pretendemos atribuir uma responsabilidade ao sofrimento, parece mais fácil admitir que o sofrimento deriva das leis que a natureza impõe à condição humana, dado que todos estamos na mesma condição e o conhecimento das leis da natureza permite prever o que poderá acontecer. O acaso produz mais um sentimento de insegurança e de angústia diante do imprevisível.

Defende ainda Jaspard (2004) que a própria atitude psicológica perante o sofrimento, parece regulada por dinamismos que levam a manter intacta a integridade da pessoa. Constata-se a recusa bastante sistemática de se deixar instalar numa posição masoquista ou na falta de sentido ou ainda num sentimento de impotência. É preferível enfrentar o sofrimento num *coping* positivo a reprimi-lo ou a negá-lo. Mesmo quando o sofrimento se revela inevitável, mais vale acolhê-lo sendo preferível acreditar que se pode sair dele, e mesmo que se vai sair dele engrandecido, a aceitar passivamente ser vítima dele.

O estudo revela ainda que quando se provoca a aproximação da questão do sofrimento humano com o campo religioso da vida dos entrevistados, a situação torna-se muito interativa e ocasiona representações muito diversas, que se relacionam diretamente com a configuração precisa da atitude religiosa das pessoas. No campo religioso as referências ao sofrimento são diversificadas e por vezes discordantes. O sofrimento pode suscitar a dúvida ou pelo contrário pode alimentar a confiança. Deus em geral não é o responsável direto pelo sofrimento mas alguns dos entrevistados não hesitam em suscitar a hipótese da sua implicação nesse mesmo sofrimento.

Para o autor referido, as várias formas de se verificar esta questão poderão estar relacionadas com as diferentes posições religiosas encontradas nos entrevistados.

Os mais indiferentes às questões da fé adotam uma atitude desligada e excluem sistematicamente a referência da religião à questão levantada pelo sofrimento, mas os mais indecisos em relação à religião, embora permanecendo muito ligados à fé em Deus, são os que se manifestam mais incisivos e mais intolerantes frente a um Deus que permite que as leis da natureza permitam o sofrimento.

Os que acreditam em Deus ou que têm uma fé mais amadurecida tendem a considerar que Deus está próximo dos que sofrem e que os acompanha no caminho a seguir para assumirem de forma positiva a provação pelo que estão a passar.

A conclusão final deste estudo remete-nos para que se considere que a experiência humana do sofrimento não se apresenta indiferente à atitude religiosa. A experiência de sofrimento pode estimular a atitude religiosa e fazer progredir a pessoa no crescimento da fé ou provocar a atitude contrária, que é a situação de renúncia à própria fé.

## Expressa raiva de Deus

A problemática da raiva surge muitas vezes nos doentes que acompanhamos aos mais diversos níveis. A raiva contra Deus pode também ser projetada nos familiares ou nos profissionais, como podemos verificar nos excertos das entrevistas realizadas.

*Ainda há poucos dias tínhamos aí, eu não estava cá mas as colegas comentaram, tínhamos aí três doentes num quarto e dois deles eram pessoas novas, um deles ia ser operado pela segunda-feira e dois já tinham sido operados, estavam a ouvir a missa na televisão, que dá em directo no domingo, um deles disse logo para desligarem a televisão, e elas disseram: então porquê, quer que agente apague mesmo a televisão? Mudem de canal que eu não quero nada com isto da missa. Isto pode de alguma forma evidenciar esta questão da revolta relacionada com esta questão da angústia espiritual. (AC)*

*Lembro-me desta senhora deste aspetos agora de situações em si não me lembro de pormenores específicos agora, mas acho que é uma coisa que se consegue notar, também acho que é um problema em relação ao qual eu pessoalmente, tenho dificuldade em dar resposta, porque quando um doente me diz o que esta senhora me diz, eu não sei o que lhe hei de dizer, quando ela naquele dia as 4h da manhã acende a luz e me diz, que mal é que eu terei feito a Deus para estar a passar por isto, eu não sabia o que lhe havia de dizer, mas o que é que se diz a uma pessoa assim eu não sei, tenho dificuldade nisso, tenho não sei que estratégias... o que lhe hei de dizer? Eu penso nisso fui para casa a pensar o que hei de fazer? (DM)*

*Consegue-se perceber que as pessoas que estão mais ligadas a uma religião, que são praticantes, nota-se mais .... Por exemplo se forem os Jeová, eles já têm uma habitação de divulgar a palavra... Os jeovás verbalizam abertamente o seus problemas... Os católicos são mais retraídos.. eu sou católica e sempre ouvi dizer que o sofrimento é nosso e só nosso.. eu não concordo mas é o que aprendemos desde pequeninos... Os jeovás levam as coisa de forma mais alegre, menos punitiva, os católicos consideram mais a doença como uma punição e por isso verbalizam mais a raiva contra Deus. (DM)*

Num estudo realizado por Son e Choi (2010), também já referido na revisão da literatura, foi aplicado um programa de controlo da "raiva" em doentes da área de saúde mental e foi possível concluir que 95% dos participantes responderam que o programa ajudou os familiares a lidar com a raiva do doente. Conclui ainda que o programa de controlo da raiva foi eficaz na promoção da expressão e gestão de raiva com os doentes. Dos sessenta e dois participantes dois terços já tinham sido vítimas de agressão por parte do familiar doente, 64% dos

familiares participantes eram esposas de doentes da área da saúde mental.

Concluem os autores do estudo, que a família é um elo muito importante no processo de internamento uma vez que é através do contacto com o familiar mais próximo, que é possível chegar mais facilmente ao doente. A raiva sentida pelos doentes é de tal ordem elevada, que muitas vezes a família é afetada, pelo que é importante que exista o controlo da mesma e que exista também a sua perceção por parte dos familiares.

O objetivo de um outro estudo realizado por Tarakeshwar *et al.* (2006) foi analisar a forma como o uso de estratégias de *coping* religiosas, tanto positivas como negativas, em doentes com cancro em fase avançada está relacionada com as múltiplas dimensões da qualidade de vida.

Verificou-se que os resultados positivos de *coping* religioso estão relacionados com melhores índices de qualidade de vida e os resultados negativos de *coping* religioso estão associados a piores níveis de qualidade de vida tal como a menores índices relacionados com dimensões psicológicas e existências da qualidade de vida.

Verificou-se também que apesar do uso das estratégias negativas de *coping* religioso ser raro, no entanto quando surgem estão relacionadas com sentimentos de raiva e de abandono dos indivíduos em relação a Deus.

Os autores indicados, referindo-se aos vários estudos já realizados neste domínio, consideram que os estudos evidenciam os benefícios de intervenções relacionadas com o apoio espiritual no tratamento de doentes com doenças graves e em fase terminal, integradas nos programas de cuidados paliativos ou quando solicitadas expressamente por parte dos próprios doentes.

Em geral, estas intervenções poderão desencadear discursos onde os doentes poderão expressar os seus sentimentos de abandono, de

punição e de raiva em relação a Deus, sem quaisquer sentimentos de culpa. Os autores afirmam que este deverá ser um importante passo para que os doentes possam encontrar sentido e significado para a vida, na sua própria doença e provavelmente na reconstrução da sua relação com Deus.

Os resultados de um estudo realizado por Labbé e Fobes (2010) apontam para a confirmação das hipóteses que os próprios autores teriam levantado, no que se refere ao facto dos intervenientes que demonstram elevados índices de espiritualidade revelarem menores estados de raiva e menor atividade do sistema nervoso simpático, no que diz respeito às respostas físicas e psíquicas a momentos de *stress*, em comparação com os intervenientes com baixos índices de espiritualidade.

Os autores referem, portanto, que os participantes com índices baixos de espiritualidade apresentam mais sentimentos de raiva em relação a Deus ou às suas crenças religiosas.

Defendem ainda que as investigações relacionadas com os conceitos de espiritualidade, religiosidade e as respetivas formas de contabilização/medição deverão continuar a ser exploradas, pelo que consideram é necessário dar início ao desenvolvimento de modelos testáveis que determinem a forma como a espiritualidade influencia os estados emocionais e psicológicos considerados negativos como é o caso da ansiedade e, para além disso, o modo como esta inter-relação poderá aumentar ou diminuir determinados riscos de saúde e/ou ajudar o indivíduo a gerir de forma mais positiva a sua situação de doença.

Hexem *et al.* (2011) consideram a religião como um meio de garantia de um sistema de orientação para que os indivíduos consigam lidar melhor e superar as consequências de uma vida repleta de acontecimentos associados ao *stress* e as próprias interrogações existenciais que surgem nesses momentos.

O estudo empreendido por estes autores revela que há vários tipos de respostas por parte dos pais de crianças em cuidados paliativos perante as situações de doença dos seus filhos. De entre algumas visões mais positivas, existem alguns pais com fortes convicções religiosas antes dos seus filhos adoecerem, mas que ao vivenciarem as situações de doença reagem questionando as suas crenças, sentem raiva de Deus e culpabilizam-se porque consideram ter cometido algum erro perante Deus e estar a receber o respetivo castigo.

O estudo revela ainda que, mesmo expressando raiva por Deus, os intervenientes afirmaram que a sua raiva não era incompatível com a sua fé.

Verificamos neste estudo, as duas orientações que a raiva pode ter perante Deus, raiva por se considerarem castigados por algo de errado que fizeram ou raiva pela própria situação de doença que conduz à rejeição de Deus.

### **Expressa falta de esperança**

A falta de esperança surge como um dos aspetos referidos pelos doentes quando experimentam situações de sofrimento e sobretudo quando vivenciam situações de doenças com mau prognóstico.

No seu processo de doença as pessoas, muitas vezes mantêm a esperança mesmo quando se aproxima a morte. A esperança emerge integrada numa estratégia de sobrevivência onde se interlaçam os diversos fatores que a promovem ou inibem.

Vejam os alguns discursos dos enfermeiros em relação a este aspeto:

*Tinha... foi operado algumas três vezes... corria mal a cirurgia... fazia evisceração... era operado ele estava muito desanimado... mas não verbalizava assim muito, nem contra isto nem contra aquilo... mas ... tinha muita vontade mas depois quando começou tudo a correr mal ... foi operado duas ou três vezes.. ficou assim muito.. mas não falou em descrença nem nada disso... acho que ele ficou um pouco com falta de esperança, mas depois quando começou a melhorar outra vez já estava mais.. teve ali uma fase que estava muito em baixo, mas depois quando começou a ver que estava melhor começou a reagir... inicialmente mostrava-se triste desanimado, apelativo, chamava tudo e todos.. os médicos os enfermeiros... parece que estava a pedir ajuda a toda a gente... (AP)*

*E agora o que em quem é que eu vou confiar? que esperança é que eu tenho que isto se resolva de alguma maneira?... (RG)*

A esperança é reconhecida como uma força interior que promove a vida, por alguns autores como Gaskins (1995) e O'Connor (1996) ou como uma expectativa de um futuro mais brilhante para o próprio ou para os outros como refere Herth (1993).

Belcher (2009), no seu trabalho com os estudantes, empreendia várias técnicas de estimulação sensorial principalmente, a visão, a audição e o tato. Para que os seus alunos fossem corretamente estimulados em todas estas vertentes, Belcher dava-lhes tempo para que a inspiração não faltasse e avaliava-os principalmente, através de trabalhos de grupo, para que estivessem em constante estimulação, concentração e ligação entre eles.

A autora acreditava que a capacidade de rir e de ter esperança ajudava no tratamento do cancro, tendo elaborado vários estudos e organizado várias sessões de tratamento baseadas na sua teoria. Estava convencida que o humor e a capacidade de utilizar grandes quantidades de energia onde a esperança estava presente, ajudavam a rejuvenescer o espírito, rejuvenescendo desta forma o corpo. Mais tarde, Anne tornou-se professora do *Jonh Hopkins School of Nursing*, onde desenvolveu vários estudos baseados nestas teorias.

Nolan *et al.* (2006) participaram num estudo com familiares de doentes com cancro do pâncreas partindo do pressuposto de que os familiares, que por norma, necessitam de apoio psicológico uma vez que

este tipo de cancro é muito agressivo e altera muito a aparência física e psicológica dos doentes. Estas alterações afetam sempre os seus familiares.

O estudo foi realizado num universo de 600 pessoas. Após serem lançados vários temas para que os inquiridos comentassem, como por exemplo “manutenção da fé”, ou “existirá esperança”. Os resultados relacionados com a esperança revelaram que muitos dos inquiridos, particularmente os familiares mais próximos, sentem necessidade de encontrar na religião o apoio espiritual de forma a terem um maior suporte durante a doença do seu ente querido. Este apoio espiritual é considerado pela maioria dos inquiridos como uma fonte de força e esperança, que os ajuda a ultrapassar a sua situação de sofrimento em cada dia.

A falta de esperança é uma situação que compromete o bem-estar espiritual do doente no seu percurso de doença e que precisa ser suficientemente valorizada no planeamento de cuidados.

### **Expressa necessidade de assistência espiritual**

Em Portugal a assistência espiritual e religiosa é um dos direitos dos doentes internados nos hospitais pelo que se verifica muitas vezes que os enfermeiros e os capelães cooperam na assistência espiritual aos doentes e famílias. Apesar desta base colaborativa existem aspetos que seria importante clarificar no que se refere à assistência espiritual, nomeadamente a intervenção específica do enfermeiro e do membro do culto a que o doente pertence, para que um trabalho de conjunto pudesse ser mais vantajoso para o doente.

Apresentam-se alguns excertos das entrevistas onde se expressa a importância da assistência espiritual embora nos entrevistados se encontre sobretudo esta perspetiva na sua vertente religiosa.

Maioritariamente, temos doentes católicos mas notam-se, pedem por vezes pedem o padre A. também dá sempre por aí uma volta, mas nota-se que pedem, pedem o apoio dele mesmo às vezes ele já vem com uma nota do nome da pessoa que vem visitar porque já tinha uma ligação ou entretanto estabeleceram ligação no exterior e tentaram encaminhar para aqui mas sim as pessoas pedem muitas vezes esse apoio. (RG)

Normalmente essas pessoas sim com maior...os católicos mais praticantes e até quando o senhor padre aí vem algumas pedem e rezam missas aí com ele e pedem para o padre rezar com eles. Tivemos aí um senhor invisual na cama 5 que até pediu acho que o grupo todo dele costumava ir à missa e vieram todos aqui antes de ele morrer, mas foi pouco tempo antes no turno anterior e estiveram aí não sei acho que foi uma missa que fizeram a pedido dele estiveram aí a cantar e aquilo meteu-me assim um bocadinho de impressão estavam fechados aí dentro. (TR)

Elkins e Cavendish (2004) referem-se à tomada de consciência e à intenção de prestar assistência espiritual à criança é à família, por parte dos enfermeiros, no contexto da prestação de cuidados de qualidade.

Um dos maiores desafios que os pais enfrentam verifica-se quando algum problema de saúde grave afeta o seu filho. Perante este tipo de circunstâncias que causam mudanças na vida das famílias, estas olham muitas vezes, para a assistência espiritual como o conforto, a esperança e o alívio frente ao problema que os afeta.

Referem ainda os autores indicados, que a angústia espiritual pode surgir quando uma criança vivencia uma mudança no seu estado de saúde, quando uma doença se torna crónica ou quando sente que está a morrer. A justificação para a ocorrência de angústia espiritual é a associação entre as necessidades de desenvolvimento da criança e o cuidado espiritual pois, sem este, a vida pode deixar de fazer sentido e a criança começa a revelar sentimentos de raiva e alterações no comportamento face aos acontecimentos da sua vida.

Referem os autores que estamos a citar que é através da avaliação da comunicação verbal e não-verbal e dos comportamentos da criança, que podemos identificar a existência de indícios de angústia espiritual. Comportamentos tais como, manipulação de uma situação, incapacidade de dormir, chorar, ter pesadelos ou uma atitude

indiferente perante a realidade, constituem sinais de alerta relativamente à presença de angústia espiritual na criança. A angústia espiritual faz com que a criança se sinta oprimida e posteriormente diminui a esperança de algum dia conseguir chegar à situação de cura.

A assistência espiritual pode ajudar dando um sentido de conforto, esperança e força, servindo de mecanismo para enfrentar a condição de doença, pelo que se torna essencial integrar a assistência espiritual no plano de cuidados à criança.

Referem ainda estes autores que historicamente os cuidados de enfermagem foram considerados cuidados espirituais, ideia que atualmente ainda persiste e reconhecem que os doentes continuam a considerar que os enfermeiros são prestadores de cuidados espirituais.

No momento do planeamento de cuidados é importante ter em conta que a criança, a mãe e os enfermeiros, podem ter ideias diferentes sobre o significado da espiritualidade e da influência que esta deverá desempenhar na saúde da criança, pois em diferentes fases da vida da vida desta, a espiritualidade tem significados distintos.

A Espiritualidade e as tradições religiosas estão interligadas e quando uma criança está doente ou a sua vida está perto do fim, a assistência espiritual constitui uma fonte de esperança não só para a criança mas também para os pais, pelo que os enfermeiros precisam de estar conscientes da importância da satisfação das necessidades espirituais da criança e da família para poderem prestar cuidados de qualidade.

O cuidado espiritual pode ser a única fonte de conforto e esperança quando a cura não é possível e cabe ao enfermeiro avaliar essas necessidades a fim de prestar os cuidados adequados, promovendo a esperança na criança e na família, como forma de aumentar a qualidade de vida destes, perante situações de perigo e iminência de morte.

Pedrão e Ruth (2010) realizaram um estudo com uma amostra de trinta enfermeiros, sendo que quinze enfermeiros atuavam na unidade de cuidados intermédios e quinze na Unidade de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein. O estudo tinha como objetivos avaliar o bem-estar dos enfermeiros, verificar a sua opinião sobre a importância de oferecer ao doente assistência espiritual e verificar também se obtiveram ou não, durante a sua formação profissional, algum tipo de preparação para prestar assistência espiritual ao doente.

Como instrumentos deste estudo foi aplicada a Escala de Bem-estar Espiritual e um questionário elaborado pelos autores. Os autores chegaram às seguintes conclusões: Relativamente à opinião dos enfermeiros sobre a importância de oferecer ao doente assistência espiritual, a maioria (83%) respondeu afirmativamente, apresentando como justificação o facto da assistência espiritual proporcionar bem-estar e conforto ao indivíduo.

Através da assistência espiritual torna-se possível também promover a esperança em doentes com angústia espiritual, pois olhamos para o indivíduo de forma holística, considerando no plano de cuidados tudo o que o envolve. A capacidade de promover a esperança nos doentes em fim de vida, faz com que a sua espiritualidade seja restabelecida e com ela o seu bem-estar e o conforto.

No estudo que temos vindo a referir, do total de enfermeiros que responderam negativamente relativamente à importância de oferecer ao doente a assistência espiritual, 60% deram como justificação que não cabe à enfermagem interferir nesse assunto. Do total da amostra, 67% dos enfermeiros referiu não ter recebido durante o curso de enfermagem, formação profissional para prestar assistência espiritual ao doente, 93% dos enfermeiros referiram que não obtiveram essa formação durante o curso de pós-graduação e 87% responderam que não obtiveram formação profissional para prestar assistência espiritual ao indivíduo em qualquer área do curso de enfermagem.

O facto da maioria dos enfermeiros ter referido que considera importante proporcionar ao doente assistência espiritual, pode estar relacionado com uma tendência atual da enfermagem que defende uma visão do ser humano dentro de uma perspetiva holística, sendo o fundamento de base do holismo que o todo individual (corpo, mente e espírito) é mais do que a soma das suas partes. Desta forma, a dimensão espiritual é considerada como parte integrante do indivíduo, e torna-se necessário que os enfermeiros façam uma avaliação adequada da dimensão espiritual do doente sempre que julgarem necessário.

É necessário discutir formalmente o tema da espiritualidade no ensino de enfermagem uma vez que esta dimensão está sempre presente no homem e é afetada por qualquer situação de doença como qualquer outra dimensão.

### **Expressa alteração do comportamento: tristeza e choro**

Os comportamentos de choro e de tristeza são frequentemente encontrados nos doentes nos seus percursos de doença. Em relação a estes comportamentos foram também encontradas algumas expressões significativas, como podemos verificar nos discursos dos enfermeiros:

*... os doentes que choram à nossa frente ou que desabafam até quando a família está presente, se calhar até nem desabafam alguns, ou para não preocupar, mas as famílias desabafam mais e perguntam muito mais, os doentes não querem perguntar ou não sabem se podem perguntar e as famílias perguntam muito mais que eles às vezes até por exemplo se vou dar um medicamento às vezes têm tendência este é para isto até para envolver mais o doente porque acho que eles às vezes querem saber coisas e não perguntam com medo ou porque pensam, ah eu não tenho nada a ver com isto e é trabalho deles não tenho nada a ver com isto, é o geral é depois há uns que fazem amizades e que passam melhor o tempo e outros que se isolam de um modo geral (MP)*

*Sim, muitas vezes eles manifestam a angústia espiritual, não por palavras, as vezes apresentam aquela tristeza, mas verbalmente não manifestam. (AJ)*

Peternella e Marcon (2009) referem num artigo sobre o impacto da doença de Parkinson na pessoa que em termos físicos, com o desenvolvimento da doença, vai surgindo um decréscimo da força muscular e das condições físicas o que contribui para um impacto mental que provoca alguns sentimentos de desequilíbrio psicológico que vão perturbar ainda mais a qualidade de vida do doente.

A necessidade de apoio ao portador de Parkinson é evidente, ressaltando com muita importância o apoio e a prestação de cuidados por parte da família. As doenças crónicas e progressivas caracterizam-se pela ausência de períodos de alívio dos sintomas, contribuindo para um aumento progressivo do sofrimento, desgaste e de tensão, tanto nos familiares como no doente e no respetivo cuidador. Estas doenças trazem grandes preocupações aos profissionais de saúde devido às limitações físicas, ao desgaste e sofrimento do doente.

Os doentes apresentam com muita frequência vários sentimentos como a revolta, a tristeza, ansiedade e nervosismo. Inicialmente o diagnóstico provoca um impacto muito grande no indivíduo, todavia a pessoa vai-se sentindo novamente incorporada na vida.

Revela ainda o estudo que o processo de adaptação da nova situação de vida não é fácil e é normalmente acompanhado por sofrimento, medo, tristeza, revolta e desânimo. A doença de Parkinson traz grandes modificações na vida do seu portador, da sua família, como sejam as alterações do estado físico, mental e social. Os sentimentos são bastante diversificados, mas quase sempre negativos, como a recusa da doença, a tristeza, a revolta, a raiva, o medo da dependência, depressão e a decepção por saberem tratar-se de uma doença incurável.

### **Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus**

Verificamos que os doentes, nos seus percursos de sofrimento, por vezes questionam os aspetos relacionados com o seu sistema de crenças ou

com a própria religião, como ilustram os excertos dos discursos que se seguem:

*...temos presente algumas coisas que estão aqui no documento, questionam muito esta questão do sistema de crenças, muitas das vezes também optam por não praticar ritos religiosos habituais, nesta fase do luto, tem a ver com a revolta, com o desconhecimento da fase que vem a seguir, os doentes têm uma fase que não sabem o que vai vir a seguir, se é quimioterapia, se é rádio, se não é nada e depois apanhamos aqui doentes em fases muito diferentes, nós apanhamos aqui muitas doentes da mama, doentes que vêm ser operadas a neoplasias da mama muitas das vezes é onde isto se nota muito, porque mesmo aqui dentro do internamento, são pessoas que tem contacto umas com as outras, falam umas com a outras, depois é assim quem vem ser operado à mama, nem todas as pessoas têm o mesmo prognóstico, nem todas as pessoas são iguais, e isto às vezes a nível das pessoas ,mostra uma grande angústia. (AC)*

*.. mas parece-me que as pessoas estão desligadas ou será que estão desligadas porque estão doentes e estão zangadas com a sua religião... (BF)*

Jurkowski *et al.* (2010), numa pesquisa que tinha como objetivo estudar a relação entre espiritualidade e a saúde em geral numa amostra de mulheres latinas, identificou a espiritualidade como um componente vital da saúde e as crenças como a necessidade para um equilíbrio físico, mental e espiritual. Solicitar a ajuda de Deus ou ter a fé como estratégia de  *coping*, são subdomínios de uma religião ativa sendo Deus o responsável pela sensação de bem-estar.

Os resultados que surgiram no estudo referido contribuíram para uma compreensão da forma como a espiritualidade desempenha um papel importante nas crenças sobre saúde e como tem implicações na promoção da saúde.

Decorrente deste estudo podemos considerar que quando se põe em causa o sistema de crenças é porque toda a situação de saúde da pessoa está também em causa.

As crenças espirituais relativas ao tratamento e ao que o impulsiona a fazê-lo, em doentes com VIH, foram analisadas num estudo realizado por Kremer *et al.* (2009). Os doentes consideraram que as crenças interferem na sua maneira de aceitar o tratamento, influenciam as tomadas de decisão e interferem na relação com a equipa de saúde.

A maioria dos relatos destes doentes tinham grandes referências a Deus que acreditam controlar a saúde de cada indivíduo. Os doentes com uma dimensão espiritual mais definida relatavam que as suas decisões sobre o tratamento eram baseadas em crenças estruturadas. Todos referiam algumas estratégias de *coping*, como por exemplo os pedidos de ajuda a Deus ou a referência a crenças espirituais como formas de pedir ajuda a entidades superiores na sua recuperação, o que torna a vida destes doentes mais motivada.

Gullatte (2006) refere que as crenças poderão ser um problema para o tratamento precoce de mulheres com cancro da mama. No estudo realizado por este autor chegou-se à conclusão que as mulheres afro-americanas têm mais probabilidade de ter cancro da mama e chegar a fase terminal do que as caucasianas. Os investigadores relatam que as mulheres afro-americanas, por influência das suas crenças, demoram em média três meses a iniciar o tratamento, facto que contribui para um aumento da mortalidade decorrente desta doença.

Para Gullate (2006), os fatores socioeconómicos, as dificuldades de acesso à saúde, a falta de conhecimento, os fatores espirituais e religiosos e o medo, são referidos como os vários aspetos responsáveis pelo atraso no tratamento. Os fatores religiosos são determinantes para uma aceitação da doença, mas também são muitas vezes vistos como um suficiente apoio em si mesmo, o que conduz a atrasos nas decisões de procura de tratamento adequado nas situações de doença segundo a ciência atual.

Harandy *et al.* (2010) estudou a relação da religião e da espiritualidade com os sentimentos e atitudes dos doentes com cancro da mama e encontrou várias estratégias de *coping* que se relacionam com o sistema de crenças. Foi verificado nas doentes que fizeram parte do estudo que a espiritualidade é a primeira fonte de suporte psicológico, contudo também foi verificado que as doentes atribuem o aparecimento do cancro da mama à vontade de Deus.

Estes aspetos ajudaram a compreender melhor a situação destas mulheres com cancro da mama e como o seu sistema de crenças influencia a forma com gerem a própria situação de doença.

### **Expressa falta de serenidade**

A falta de serenidade está associada a um conjunto de aspetos que são o resultado de situações de sofrimento na vida de cada pessoa e que em regra surge associada a situações de medo. Vejamos no excerto que se segue esta característica definidora do diagnóstico de angústia espiritual implicitamente referida.

*...Depois é sempre aquela coisa e revelam e manifestam através destes expressões como seja “o que Deus quiser” e “Deus há de me ajudar e Deus me acompanhe”... assim muitas vezes e vê-se muitas vezes esta angústia espiritual às vezes através do silêncio não conseguirem expressar mesmo ... outras pessoas não querem, há pessoas que não querem mesmo e outras têm muita dificuldade depois em expressar aquilo que sentem e os medos que têm relativamente ao futuro ao prognóstico à situação mas eu acho que é um diagnóstico muito pertinente e que faz sentido em enfermagem. (PN)*

Deeken (2009) refere-se à espiritualidade como a capacidade humana da pessoa estar consciente de si mesma ou seja, a capacidade de pensar nela própria e escolher os seus próprios valores, a capacidade de procurar um sentido. Muitos acontecimentos da vida do indivíduo, como é o caso do aparecimento de uma doença terminal, a morte e o luto são considerados um estímulo para o crescimento espiritual, mas também podem levar à angústia espiritual, que segundo este autor se caracteriza por perda de sentido, diminuição da capacidade de autodeterminação, marcada por sentimentos de culpa, refletidos na impotência, não-alinhamento, abandono e perda de esperança, que pode resultar num desespero e que contribuem para uma elevada sensação de falta de serenidade.

Em muitas situações, quando a pessoa se confronta com a morte, surge nela um medo ou uma ansiedade excessiva, causadores de grande

sofrimento que em si provocam a falta de serenidade. A serenidade é necessária para se enfrentar as situações mais complexas da doença em fase terminal.

### **Expressa sentimentos de culpa**

Os sentimentos de culpa expressos pelos doentes aparecem também verbalizados pelos enfermeiros nas entrevistas realizadas como podemos verificar no excerto que segue:

*..por exemplo lembro-me de um rapaz que esteve aqui muito tempo, era ex-toxicod dependente, estava a fazer metadona e o rapaz, uma pessoa que teve uma ferida traumática numa perna durante um assalto, estava a assaltar a carrinha, não lhe pagavam o ordenado e ele ia com uma caçadeira para assaltar o patrão, a caçadeira disparou e deu um tiro na própria perna, fez pensos mas acabou por ser amputado acima do joelho, um rapaz com 31 anos, ele tinha revolta pela situação e ao mesmo tempo sentimentos de culpa porque foi uma situação em que ele provocou teve a culpa... lembro-me muitas vezes de lhe fazer o penso e de ele chorar e de estar mesmo, era uma situação diferente, não era um acidente onde se vê que a pessoa não tem culpa nenhuma, e diz isto veio-me acontecer porquê? Ele sabia que tinha tido a culpa e isso ainda o martirizava mais, mas numa situação que ele até, muito triste e muito deprimido, eu via que ele tinha um diário onde escrevia o que estava a sentir, depois era um rapaz novo, estava imenso tempo a falar com ele.. saiu daqui e acho que conseguiu arranjar força para ultrapassar aquilo e não sei também o que se passou, se voltou ao mesmo, mas notava-se as vezes uns dias muito triste muito em baixo, quando começou a andar com as canadianas, depois começou o treino de fisioterapia porque tinha força de braços, tinha todo o potencial para se sentir bem e conseguir pôr uma prótese, e isso depois também o começava a motivar, mas lembro-me que era uma situação de revolta muito marcada. (DN)*

Segundo Deeken (2009) muitos doentes em fase final da vida referem sentimentos de culpa para além do sentimento de falta de sentido na vida. São sentimentos que resultam da perceção de que conseguiram progredir pouco na vida, considerando que a sua missão está incompleta e que agora estão a enfrentar um futuro incerto ou uma morte prematura. O medo de ser um fardo para os familiares ou amigos ou de se tornar um encargo financeiramente, são situações que surgem quando a pessoa se encontra numa condição de doença grave e que a levam a sentir-se culpada perante os que lhe são próximos.

Para o autor referido, o medo da morte emerge frequentemente associado a sentimentos de culpa, porque em conjunto com o medo da morte surge o medo do julgamento e do castigo depois da morte. Frequentemente existe a ideia de que depois da morte o homem será julgado, os bons serão recompensados pelas suas boas ações e os maus serão punidos pelo que fizeram de errado. A necessidade de ser perdoado ou de perdoar e a necessidade de reconciliação surgem muitas vezes valorizadas a partir das experiências de sentimentos de culpa.

Este autor defende que, muitas vezes, o fumador quando sofre de cancro do pulmão pode atribuir essa situação a si mesmo e por isso responsabiliza-se e culpabiliza-se. Os alcoólicos podem culpar-se pelo consumo exagerado de álcool e por conseguinte sentem-se culpados pela situação de doença que os afeta.

Para Deeken (2009) os vários tipos de sentimentos de culpa são bastante comuns entre os doentes em fase terminal, porque são momentos que levam a pessoa a refletir na sua vida, o que viveram, as situações por que passaram e até mesmo o presente que estão a viver. Mas os sentimentos de culpa não surgem apenas em consequência de atos que a pessoa cometeu, a pessoa pode sentir-se culpada e frustrada por determinadas ações que não conseguiu fazer e que desejaria ter feito.

Na situação de angústia espiritual encontra-se muitas vezes presente o sentimento de culpa. Em muitos casos, os profissionais de saúde testemunham situações em que parece que as pessoas prolongam a sua vida, antes do momento da morte, em busca da resolução de determinados assuntos pendentes e mal resolvidos, que lhes são causadores de sentimentos de culpa.

Quando existem situações mal resolvidas até os próprios familiares que estão envolvidos nestas questões podem desencadear sentimentos de culpa, pois acham sempre que algo podia ter sido feito

acabando por se sentir invadidos de arrependimentos e de recordações, que levam a processos de luto mais difíceis de gerir. Por outro lado, quando determinadas situações são resolvidas através do perdão ou da reconciliação, as pessoas ficam com recordações positivas em relação ao seu familiar.

Sobre a problemática dos sentimentos de culpa, assim como de outros sentimentos encontrados na prática de cuidados, Hirai *et al.* (2003) realizaram uma pesquisa com três grupos de profissionais, psiquiatras, psicoterapeutas e enfermeiros. O método utilizado foi o questionário e os entrevistados foram solicitados a classificar a sua perceção acerca da eficácia de vinte cinco intervenções utilizadas e preparadas para aliviar sofrimento existencial.

O cenário ilustrador do estudo referido foi o de uma doente de cinquenta anos com cancro de mama incurável. Supunha-se que a doente tinha ansiedade, incerteza, sentimentos de culpa ou sentimentos de dependência. Estes tipos de sofrimento existencial foram escolhidos pelo facto de serem frequentemente observados e muitas vezes de forma intensa em muitos doentes.

Estes autores verificaram, através dos entrevistados, que muitos sentimentos de ansiedade surgem devido ao medo que o doente tem, de não poder controlar a sua vida no futuro ou mesmo no momento atual. Os sentimentos de culpa podem surgir associados à sua vida passada, a fatores da sua vida que, de algum modo, sentem que influenciaram a sua condição atual, e desta forma acabam muitas vezes por se culpabilizar.

No estudo verificou-se ainda que a dependência que os doentes sentem, está muito relacionada com o facto de perderem algumas capacidades funcionais, pelo que ao verificarem que não conseguem realizar determinadas tarefas sozinhos e porque precisam de alguém que os ajude, sentem-se muitas vezes inutilizados, o que aumenta os seus sentimentos de frustração.

O facto de se proporcionar um ambiente confortável foi avaliado como significativamente mais eficaz para os doentes que apresentavam ansiedade e incerteza, do que para aqueles que demonstravam sentimentos de culpa e de dependência. Para estes resulta mais uma abordagem de apoio espiritual e religiosa ou de educação, pelo que é indicado incentivar os doentes a treinarem as suas habilidades e potencialidades para enfrentar o que os preocupa.

A família desempenha um papel de apoio importante nos percursos de sofrimento de qualquer doente, de tal forma que Pejler (2001) defende que quando a doença mental atinge uma pessoa, como por exemplo a esquizofrenia, esse facto provoca alterações a todos os níveis no seio familiar, produzindo uma grande carga emocional que se traduz numa etapa muito crítica da vida da família. Muitos doentes culpabilizam a sua família pela sua doença e tendem a distanciar-se da reabilitação psiquiátrica devido aos sentimentos de culpa ou pelo medo da crítica social.

Este autor que acabamos de referenciar verificou que as famílias onde estes acontecimentos sucedem, referem que nos momentos em que a doença é diagnosticada como doença psiquiátrica, vivem essa notícia como um grande choque, aliada a sentimentos de raiva, confusão e desespero. Estas famílias revelam sentimentos de culpa relativamente ao que se está a passar com o seu familiar. Apesar das informações que são dadas, revelando que os fatores biológicos estão na base do desenvolvimento da esquizofrenia, verifica-se que para os familiares, os fatores psicossociais são uma importante causa da situação de doença, o que acentua os sentimentos de culpa em relação ao meio familiar do doente.

A família reconhece que a sociedade não compreende a situação, agravando a vergonha e o constrangimento de quem passa pela doença e de quem tem de conviver com ela. O estudo revela que o primeiro contacto dos participantes com os apoios psiquiátricos os fez sentir

menosprezados e a suportar a culpa, mas que com o decorrer do tempo estes sentimentos foram diminuindo.

### **Sente-se abandonado**

O sentimento de abandono é encontrado em muitas situações de cuidados e não só em situações de doença terminal, como podemos verificar nos excertos selecionados:

*A morte a separação da família e por vezes a sensação de abandono da família o deixar de estar presente é isso mesmo e muita gente até revela mesmo que Deus me ajude manifestam muito isto que Deus me ajude que Deus me acompanhe olhe que seja o que Deus quiser... quando a gente admite doentes por exemplo que tiverem esse diagnóstico de há pouco tempo e que têm que ser operados é têm que ser operados, cirurgia da mama por exemplo muitas mulheres chegam aí desesperadas depois com o medo da morte e há a questão da auto imagem e todo o processo que ainda vão passar aqui também um bocadinho do sofrimento mas sobretudo a alteração da auto imagem nas mulheres é muito marcante. (PN)*

Podemos verificar num estudo de Gilmartin e Wright (2008) que mesmo no período pré-operatório e em qualquer tipo de intervenção cirúrgica, por vezes este sentimento também está presente.

O estudo realizado pelos autores referidos demonstra que a maior parte dos doentes se sentiam abandonados na fase pré-operatória e que a equipa de enfermagem não reconhece a importância do apoio ao doente nessa fase.

Defendem Gilmartin e Wright que os profissionais devem centralizar os cuidados na pessoa e de forma contínua durante todo o processo, utilizando atividades interpessoais dinâmicas e utilizando a escuta ativa para reduzir a ansiedade e o sentimento de abandono. A informação sobre os atrasos da intervenção cirúrgica precisa de ser cuidadosamente explicada para não constituir um fator desencadeante dos sentimentos referidos.

Os autores ao recolherem as opiniões dos doentes no período pré-operatório constataram que a maior parte dos participantes descreveu

que se sentiu abandonado e triste. Algumas atitudes dos profissionais no que se refere sobretudo à omissão da informação provocam no doente sentimento de abandono.

Este estudo tem implicações claras para os profissionais de saúde, incentivando-os a estar mais atentos às necessidades dos doentes.

O sentimento de abandono é comum por parte dos doentes, como também por parte dos cuidadores. Back *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa onde chegaram à conclusão que os doentes e as suas famílias vivenciam a experiência de abandono em todas as situações de fim de vida.

Os autores deste estudo relatam que os doentes quando são transferidos do hospital experimentam o sentimento de abandono, devido ao facto da transferência significar perder o contacto com os profissionais de saúde que até aí eram a sua referência.

O grande interesse do estudo foi levar aos profissionais de saúde a noção de que os doentes sentem o abandono, com o objetivo de os levar a agir, provocando a aproximação dos doentes e família para reduzir os sentimentos que poderão estar presentes.

A problemática da sensação de abandono também pode ser verificada nos próprios cuidadores, como atrás referimos. Givem *et al.* (2004) colaboraram num estudo que teve como objetivo descrever os fatores relacionados com a sobrecarga do cuidador e a depressão durante os meses finais de vida do doente. A depressão do cuidador é uma perturbação do humor, que pode ser desencadeada pelo esforço da prestação de cuidados e pode manifestar-se com o aparecimento de sentimentos de solidão, isolamento, abandono, medo e irritabilidade.

Os autores referidos chegaram à conclusão que nos cuidadores de baixo nível social se verificam níveis mais elevados de sofrimento. Os cuidadores com idades entre os 35-44 anos, sobretudo do sexo feminino, mencionam o sentimento de abandono mais frequentemente.

O cuidador que tem um papel ativo na maior parte do processo de cuidados interagindo sempre com a equipa multidisciplinar, quando chega à fase terminal do doente que cuida, muitas vezes sente-se sozinho e abandonado.

Os profissionais de saúde devem estar conscientes de que os cuidadores de doentes em fase terminal podem sentir uma considerável sobrecarga emocional que os pode conduzir à depressão, pelo que a sua atenção não poderá estar só centralizada no doente, mas também na família e especialmente no cuidador.

### **Síntese**

A categoria *“expressa falta de significado ou propósito na vida”* foi a mais identificada pelos enfermeiros quando reconhecem que o doente pode estar a apresentar uma situação de angústia espiritual na conceção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e nos estudos sobre este mesmo diagnóstico, que a NANDA empreendeu. O sentido da vida é uma condição do próprio viver e sem esse sentido a vida em muitas situações perde o interesse podendo chegar a situações extremas de perda da vontade de viver e a tentação de abreviar o fim da vida.

A segunda variável mais valorizada foi *“expressa alienação ou isolamento”*. A solidão, o isolamento social e a alienação emocional tornaram-se num modo de vida quase comum a muitas pessoas. A solidão está muitas vezes associada à depressão, à ansiedade e à hostilidade interpessoal, a uma maior vulnerabilidade, a problemas de saúde e até mesmo ao suicídio.

A variável *“expressa desespero”* também foi fortemente valorizada pelos enfermeiros nos seus discursos. O desespero é humano porque somente o homem o pode sentir e é composto por dois subprocessos:

descendente e ascendente. A fronteira entre estes dois subprocessos passa por dois possíveis “caminhos” de escolha, o caminho da destruição, por ceder ao desespero e um caminho construtivo que conduz à esperança. O subprocesso descendente do desespero implica a entrega à situação que causa desespero, com pouca visão das potencialidades residuais e falta de confiança no futuro. O desespero indica em regra um estado de sofrimento profundo, em que a vida é vista como um túnel sem fim com bastantes dificuldades para encontrar uma saída.

Os enfermeiros lidam com estas situações no seu dia-a-dia contudo é preciso perceber que o desespero é um fenómeno subjetivo que não pode ser controlado pela vontade ou pela razão.

A *“expressão da revolta”* foi outra variável encontrada nos diversos discursos dos enfermeiros que identificam a revolta como sentimento presente em muitos doentes nos seus diversos percursos de doença, por isso o desespero e a revolta são aspetos valorizados pelos enfermeiros quando recolhem dados que lhes permitem chegar a um diagnóstico de angústia espiritual.

Porque sofro assim? Porque me terá acontecido isto a mim? Porquê a mim? São questões verbalizadas pelos doentes e que revelam a importância que estes atribuem ao sofrimento próprio. O sofrimento não tem uma manifestação única nem o mesmo sentido ou significado para todos os indivíduos, o que é sofrimento para uma pessoa, não é o mesmo necessariamente para outra pessoa.

As várias formas de levantar a questão do sofrimento relacionam-se com as seguintes posições religiosas: Os mais distantes de uma fé integrada parecem adotar uma atitude desligada e chegam mesmo a excluir a referência religiosa da questão levantada pelo sofrimento, os que têm algumas dúvidas, embora permanecendo ligados à fé em Deus são os mais incisivos e os mais intolerantes frente a um Deus que permite que as leis da natureza sejam o que são e os que creem com

toda confiança tendem a pensar que Deus está próximo dos que sofrem e que os ajuda na procura do caminho a seguir.

Podemos verificar que a experiência humana do sofrimento não deixa a atitude religiosa indiferente, uma experiência de sofrimento pode estimular a atitude religiosa, isto é pode fazer progredir a fé ou provocar a atitude contrária, isto é a renúncia à própria fé.

Outra variável valorizada foi "*expressa raiva de Deus*". O sentimento de raiva surge muitas vezes nos doentes que acompanhamos aos mais diversos níveis de cuidados. A raiva contra Deus pode ser projetada nos familiares ou nos profissionais. A raiva sentida pelos doentes é de tal ordem elevada que muitas vezes a família é afetada por ela, pelo que é importante que exista o controlo da mesma e a sua perceção por parte dos familiares.

Verifica-se que os doentes com baixos índices de espiritualidade apresentam mais sentimentos de raiva em relação a Deus e às suas crenças religiosas na sua generalidade.

A categoria "*expressa falta de esperança*" surgiu como um dos aspetos referidos pelos doentes, quando experimentam situações de sofrimento.

Os doentes nos seus percursos de sofrimento questionam os aspetos relacionados com o seu sistema de crenças ou com a própria religião e a tristeza e o choro, são factos frequentemente encontrados nos doentes em várias situações de doença.

Quando se põe em causa o sistema de crenças é porque toda a situação de saúde da pessoa está também em causa.

Nos doentes com a dimensão espiritual mais esclarecida, as suas decisões sobre o tratamento são fortemente influenciadas pelo seu sistema de crenças.

A categoria "*expressa falta de serenidade*" também foi encontrada, mas pouco valorizada e está associada a um conjunto de aspetos que são o resultado de algumas situações de sofrimento na vida de cada

pessoa e em regra surge associada a situações de medo. Em muitas situações, quando a pessoa se confronta com a morte, surge nela o medo ou a ansiedade excessiva, causadores de grande sofrimento que tem origem na falta de serenidade necessária para enfrentar as situações mais complexas dos processos de doença.

Os "*sentimentos de culpa*" expressos pelos doentes também surgem nos discursos mas são pouco verbalizados pelos enfermeiros. Muitos doentes em fase final da vida apresentam sentimentos de culpa para além do sentimento de falta de sentido na vida. O medo de serem um fardo para os seus familiares e amigos e de se tornarem financeiramente um encargo são situações que surgem quando a pessoa se encontra numa condição de doença grave e que a leva a sentir-se culpada perante os que lhe são próximos. O medo da morte aparece muitas vezes associado a sentimentos de culpa, porque surge a ideia de julgamento e de punição após a morte.

Existe a ideia de que após a morte o homem será julgado, que os bons serão recompensados pelas suas boas ações e os maus serão punidos pelos seus pecados.

A necessidade de ser perdoado ou de perdoar e a necessidade de reconciliação surgem muitas vezes a partir da experiência de sentimentos de culpa.

O "*sentimento de abandono*" é encontrado em muitas situações de cuidados e não só em situações de doença terminal, contudo foi pouco valorizado nos discursos dos entrevistados.

Os doentes e as suas famílias vivenciam a experiência de abandono em muitas situações de fim de vida, sobretudo em situações em que por transição de níveis de cuidados, relatam e experimentam o sentimento de abandono, devido ao facto da transferência significar a ausência do contacto com os profissionais de saúde a que estavam habituados.

## 5.2 - AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Muitos estudos consultados e referidos no quadro teórico de referência, revelam que os vários elementos espirituais e religiosos deverão ser considerados nos cuidados de enfermagem dado que só assim os profissionais de saúde conseguem compreender, explorar e oferecer suporte espiritual positivo. Sem esta tomada de consciência, os doentes continuarão a não ter as suas necessidades espirituais satisfeitas.

Os cuidados de ordem espiritual devem ser amplamente incorporados em todos os aspetos dos cuidados de saúde.

Nas entrevistas realizadas aos enfermeiros que se mostraram disponíveis a colaborar no estudo, podemos verificar que foram selecionadas algumas estratégias, que se poderão vir a configurar como intervenções de enfermagem a integrar no planeamento de cuidados.

### **Escutar/Falar com o doente relativamente à sua situação de doença**

A capacidade de escutar o doente foi a intervenção mais valorizada pelos enfermeiros deste estudo. A capacidade de escutar o doente e de falar com ele sobre a sua situação de doença é um dos aspetos mais marcantes do conjunto das entrevistas realizadas.

Vejamos alguns excertos dos discursos referidos pelos enfermeiros do estudo.

...nós também de alguma forma podemos dar resposta ao sentir essa necessidade do doente *nem que seja ouvindo às vezes o que eles às vezes precisam de ter é quem os ouça* portanto nós às vezes não temos muito tempo para isso e não sei também se há muita disponibilidade mas *eu penso que através da escuta é talvez uma boa ferramenta de conseguirmos ouvir e de alguma forma conseguir resolver essa necessidade* (AC)

.. eu penso que a escuta dá espaço às pessoas para falarem para exprimirem para tentarmos perceber o que é que elas precisam quais são as maiores preocupações e depois de encontro aquilo que a pessoa nos diz tentamos resolver situação por situação porque as pessoas às vezes nessa fase têm preocupações que a nós nem nos passa pela ideia não é, portanto e isso nós só conseguimos ter acesso a isso ouvindo as pessoas nós temos que dar espaço para as ouvir primeiro e a seguir tentarmos perceber o que é que elas querem fazer no pouco tempo que às vezes lhe resta, o que é que para elas é mais prioritário porque as prioridades das pessoas não são iguais às nossas e nós às vezes achamos que as pessoas têm que achar exactamente o que nós achamos e não é assim às vezes até são para nós as coisas mais absurdas mas para as pessoas não são, são coisas importantes.... (AC)

Eu acho que a escuta é muito importante porque se nós não percebermos o que é que realmente angustia as pessoas e se não conseguirmos pôr outras acções em prática, por isso a escuta é um dos pontos de partida para depois tomarmos outras atitudes terapêuticas. (CH)

Os estudos também nos revelam que a capacidade de escutar e de dialogar com os doentes é um dos aspetos mais importantes no processo de cuidados.

Num estudo realizado com mulheres que estavam nos estádios mais avançados do cancro da mama, Mathews *et al.* (1994) tentaram perceber como estas relacionavam o significado dos seus episódios de doença relativamente às suas noções sobre o cancro e as concepções biomédicas sobre a doença e o tratamento. Este conhecimento podia ajudar os enfermeiros no planeamento de intervenções culturalmente sensíveis. O estudo tinha como objetivo descrever a vivência da fase inicial das mulheres africo-americanas após o diagnóstico de cancro da mama e durante o tratamento inicial.

Os autores do estudo chegaram à conclusão da importância da valorização da vontade das mulheres de serem ouvidas, dado que manifestaram a intenção de contar as suas histórias antes das próprias entrevistas, o que sugere a necessidade dos enfermeiros incentivarem os

doentes a falar e a escutar, para que possam avaliar os conhecimentos e os sentimentos que emergem da vivência das experiências de doença.

Esta avaliação pode ajudar o enfermeiro a ficar informado e a poder identificar através do discurso, as necessidades dos doentes, o que torna as intervenções de enfermagem mais apropriadas à situação do próprio doente.

Assim, os enfermeiros ao negligenciarem a importância da espiritualidade na vida dos doentes estão a subvalorizar a importância de uma dimensão crucial da pessoa, dimensão à qual esta vai geralmente procurar o sentido para os acontecimentos no seu percurso de vida onde estão inseridos os cenários de doença, de sofrimento e de morte.

Taylor (1997) defende que os enfermeiros têm a obrigação profissional de ouvir as histórias dos doentes com um espírito de abertura, sem julgamentos ou condenações e devem reconhecer como as histórias dos doentes se identificam com as suas próprias histórias. Assim, muitas vezes os enfermeiros contam histórias a um doente, de outros doentes, porque sabem ou acreditam que essas histórias irão surtir efeitos positivos no doente, na medida em que será possível encontrar sentido para a sua vida e acreditar na sua recuperação, por se rever nessas mesmas histórias.

Refere ainda Taylor (1997) que, quando incentivamos o doente a contar a sua história, estamos a contribuir para o alívio do seu sofrimento porque, enquanto se ouve a sua história, estamos a promover a escuta e a cumprir as funções de um ouvinte.

Contar histórias implica dois elementos fulcrais: o ouvinte e o contador. O enfermeiro pode ter a necessidade de servir de ouvinte como de contador de histórias, pelo que é importante que esteja apto a desempenhar ambos os papéis. Incentivar os doentes a contar a sua história e ouvir a história constitui um elemento importante no processo de cuidados.

No estudo que visava identificar o conceito de comunicação competente dos enfermeiros realizado Braga e Silva (2007) surgiu uma classificação que nos importa referir. Os significados que os sujeitos atribuíram a uma comunicação competente foram classificados em sete categorias temáticas.

Revelaram que uma comunicação é competente quando se torna num processo interpessoal e atinge o objetivo dos comunicadores, o que pressupõe que eles tenham conhecimentos básicos de comunicação, consciência do verbal e do não-verbal nas interações, clareza e objetividade, assim como quando promove o autoconhecimento e possibilita uma vida autêntica.

O interesse pelo outro contribui para que a mensagem seja transmitida com maior clareza e compreensão por parte dos envolvidos no processo comunicativo, o que confirma que a comunicação é competente quando entendida como um processo interpessoal. No entanto, é necessário ter em consideração que a comunicação competente implica o conhecimento de si mesmo e isto significa, que para compreendermos os outros precisamos de nos compreendermos a nós próprios.

No estudo que temos vindo a referir, todos os entrevistados afirmaram que há necessidade de uma preparação técnica e humana para o estabelecimento desta relação de comunicação, para aprender a ouvir, perceber o outro e conseguir utilizar esta aprendizagem como investimento para o autoconhecimento. Respeitar o outro é um elemento fulcral desta competência.

A competência comunicativa requer que as pessoas se esforcem por partilhar ideias, pensamentos e propósitos e em certos casos modificá-las. Assim sendo, a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro.

Os profissionais de saúde muitas vezes apostam na promoção da saúde do "outro" mas têm, no entanto, pouco espaço para a escuta. Foi

a conclusão a que Dora Oliveira (2011) chegou num estudo sobre o autocuidado e adianta, ainda, que nos espaços de ensino do autocuidado perdem-se, muitas vezes, oportunidades de diálogo com o outro, desprezando-se os seus saberes e experiências.

Refere ainda, a mesma autora, que o sucesso da promoção do autocuidado, como investimento na autonomia dos sujeitos e na promoção da sua saúde, leva-nos a pensar em alternativas para a superação dos conflitos evidentes ao nível da enfermagem, uma das quais, talvez seja dar prioridade à escuta do outro e do próprio Eu, no sentido reflexivo. A escuta do outro pode-nos tornar conhecedores e sensíveis aos seus desejos. O processo de escuta é um processo de partilha, a partir do momento em que reconhecemos no outro as projeções de nós mesmos.

No processo de escuta, quando nos ouvimos a nós mesmos ou ao outro, estamos a detetar as falhas que cometemos quando prestamos cuidados de enfermagem. O ato de não ouvir implica descurar os desejos mais conscientes de nós mesmos ou do outro. A partir do encontro entre o "eu", cuidador, e o "outro", sujeito do cuidado, poderão ser construídos, de forma partilhada, projetos de cuidados orientados na direção de interesses comuns.

Vieira (2007), ao referir-se ao código deontológico para enfermeiros, acentua que a pessoa tem direito ao conhecimento da realidade que a envolve, sendo dever do enfermeiro informar o indivíduo e a família sobre os cuidados que lhe são prestados, assim como deve ainda atender, com responsabilidade e cuidado, aos pedidos de informação sobre os cuidados de saúde a que tem direito.

Podemos concluir que as referências que encontramos relativamente ao facto de se ouvir, falar e informar o doente, relativamente à sua situação de saúde, é um aspeto de extrema importância num processo de relação e facilitador do próprio processo de cuidados.

## Incluir a família nos cuidados

A participação da família no processo de cuidados é um facto muito valorizado pelos nossos entrevistados. Os familiares podem também assumir o papel de cuidadores em muitas situações de cuidados de saúde, pelo que deverão ser preparados para o exercício efetivo desse papel. Vejamos algumas referências que os enfermeiros fizeram em relação a este aspeto:

*Eu penso que temos que incluir realmente mais a família nos cuidados mesmo como o horário está alargado eu acho que podia até ser o horário livre não tinha que ser do meio-dia às oito podia ser um horário livre e a pessoa vir quando pode vir e estar não e por exemplo pode ser na altura da higiene e ajuda-nos a fazer a higiene participa se calhar até se verificava tanta carência pedem enfermeiros em tudo está a ver acho que podia ser um meio para facilitar realmente os cuidados e dar mais apoio ao doente ... estamos a falar de famílias que realmente têm estrutura sólida (PN)*

*Sim tem havido aí várias situações, estou-me a lembrar por exemplo de um doente que nós temos tido até agora no quarto de operados que é um homem politraumatizado e que de facto isto verificou-se que foi uma das situações que nós fizemos foi exactamente isso para já deixamo-lo ter apoio da família mais tempo, apesar de ele estar numa unidade de intermédios em que o horário de visitas é muito reduzida, nós detetamos que nele talvez houvesse uma necessidade de uma maior presença da família (AC)*

*...também muitas vezes temos que pedir o apoio da família não conhecemos a pessoa suficientemente bem para depois conseguirmos ajudar a ultrapassar aquela fase (AJ)*

Os estudos revelam a importância dos cuidadores familiares nos processos de cuidados e, sobretudo, da necessidade de preparação destes quando pretendem cuidar dos seus familiares doentes.

Brainbridge *et al.* (2009) referem que a responsabilidade de cuidar de um membro da família em fim de vida pode ter profundas consequências sobre o bem-estar do cuidador em termos psicológicos, físicos e financeiros.

As exigências de um cuidador familiar, geralmente intensificam-se com a progressão da doença e principalmente na fase terminal. Porém, os cuidadores familiares desempenham um papel vital ao permitirem

que pessoas com doenças avançadas permaneçam em casa quando estão em fase terminal, evitando maior sofrimento do doente e da família ao vê-los hospitalizados.

Para os autores referidos, a família cuidadora continua a ser a fonte mais comum de cuidados de longa duração para idosos e permite ao doente, em situação de cuidados paliativos, morrer em casa junto daqueles que lhe estão mais próximos. O papel do cuidador representa para o doente e para a sociedade uma grande mais-valia, uma vez que lhe alivia o sofrimento na fase terminal da sua vida. Porém, toda a situação de cuidar dos doentes em fim de vida provoca no cuidador diferentes efeitos. Para alguns pode dar origem a ganhos pessoais sob a forma de crescimento interior, enquanto que para outros pode ser a causa principal de níveis extremos de violência física, psicológica e/ou de *stress* emocional.

Numa revisão da literatura sobre a temática dos conflitos profissionais e culturais para os enfermeiros de cuidados intensivos, descrita por Høye e Severinsson (2010), é referido que as famílias culturalmente diversas querem participar mais vezes que as famílias norueguesas na prestação de cuidados quando o doente está desperto nas unidades de cuidados intensivos.

No estudo referido, os enfermeiros defendem que os membros da família devem perceber e sentir que estão envolvidos nos cuidados do seu familiar, tal como precisam assumir a responsabilidade de que também são parte integrante dos cuidados através da sua participação efetiva. Na situação de cuidados intensivos, as famílias de etnias menos representativas de uma determinada comunidade consideram que a sua participação ativa na prestação de cuidados ao seu ente querido é um facto indiscutível, pois essa participação é parte da sua tradição cultural. No entanto, as famílias norueguesas também têm necessidade de estar envolvidas nos cuidados, porém não consideraram isso necessariamente um direito.

Em alguns ambientes culturais temos conhecimento que os cuidados aos doentes são quase totalmente prestados pela sua família.

Os autores referidos chegaram à conclusão que, nos estudos recolhidos, se reconhece a necessidade da família estar ativamente envolvida no processo de cuidados, o que representa um valor que faz parte integrante de algumas culturas. Por outro lado, as famílias norueguesas tendem a ser mais reservadas e resistentes no caso de um familiar com doença crítica e é pouco provável que queiram estar envolvidas. O conflito no seio da cultura é entre o profissional ser totalmente responsável pela assistência nos cuidados dos doentes nas unidades de cuidados intensivos e o reconhecimento da necessidade da participação da família baseada na sua própria cultura.

Outro aspeto que os autores que temos vindo a citar referem, relaciona-se com a obrigação profissional dos enfermeiros para fornecerem informação compreensível, dado que existem algumas dificuldades de comunicação baseadas na cultura e nas respostas à situação de doença.

Os doentes e as suas famílias têm o direito de estar plenamente informados e de receber informações precisas e adequadas que permitam a sua compreensão. No entanto, devido ao facto da comunicação efetiva poder ser prejudicada por dificuldades de linguagem e diversidade cultural, torna-se necessário conhecer os aspetos ético-legais da prestação de informações e torna-se também necessário estabelecer uma boa relação de entendimento com os familiares.

A participação das famílias nos cuidados, cuja intervenção surge baseada numa necessidade cultural e, sobretudo, quando estes familiares não estão preparados, pode gerar um ambiente de conflito com os enfermeiros.

Deste modo, quando os familiares quiserem participar nos cuidados, o enfermeiro deve garantir em primeiro lugar o bem-estar do

doente, porque em ambientes de alta tecnologia a participação da família pode ter que ser restringida. Neste sentido, os enfermeiros precisam de negociar com os familiares de diferentes culturas para se chegar a um entendimento, que possa ser aceitável para ambas as partes. Uma boa relação com a família e a resolução de conflitos entre profissionais e família, independentemente do ambiente cultural, pode melhorar todo o processo de cuidados.

Vários autores apontam ganhos para o cuidador, resultantes do facto de cuidar do familiar doente, como nos revela Shirai *et al.* (2009) quando advoga que o apoio sócioemocional aos membros da família é caracterizado como um recurso importante para sentimentos de ganho do cuidador. Embora existam algumas consequências negativas no cuidar de um familiar doente, como sejam a depressão e os sentimentos de sobrecarga de trabalho; também existem aspetos positivos que devem ser valorizados, como sejam: o facto de se sentir útil, o fortalecimento das relações e a satisfação pessoal.

Os autores que acabamos de citar, ao apoiarem-se em estudos sobre a eficácia do apoio da família, defendem que os membros da família podem proporcionar um apoio significativo, o que lhes dá maior confiança e sentido de satisfação pessoal.

Considera-se que os membros da família são recursos que promovem resultados positivos nos cuidados. Deste modo há um reforço da ideia de que existe uma necessidade de intervenções que incluam os membros significativos da família.

Karner (2004) analisou situações de cuidados prestados com a intervenção da família em pessoas com doença coronária e também em pessoas em tratamento de toxicod dependência. Em certos sistemas sociais decorrentes de aspetos culturais, a família é identificada como a principal responsável por cuidar dos seus membros em momentos de vulnerabilidade.

O autor atrás referido identificou a situação como um problema, não só devido a custos financeiros, sociais e psicossociais assumidos pelas famílias, mas também porque o trabalho de assistência pode ser prestado por diversos cuidadores com competências insuficientes. No entanto, também reconheceram que a prestação de cuidados familiares é identificada como vantajosa para a saúde dos doentes, por isso, os serviços públicos devem fomentar a participação da família no seu plano de assistência de cuidados, melhorando assim as suas competências.

Karner (2004) realizou uma investigação que tinha como objetivo verificar se as famílias estão realmente preparadas para assumir a autogestão das situações de doença a longo prazo e que condições são necessárias para as gerir. Sobressaiu deste estudo que, atualmente, a estrutura familiar moderna tem sofrido grandes alterações. Os filhos vivem em casa dos pais até mais tarde e existe, em muitas situações, coabitação com os seus próprios pais idosos e também com os seus avós. Esta coabitação de diferentes gerações dos membros da família gera dificuldades em suportar as necessidades de cuidados, em particular dos idosos e dos mais dependentes.

### **Oferecer ajuda**

A análise de conteúdo das entrevistas que realizámos apontam-nos também para a necessidade dos enfermeiros desenvolverem competências a nível da relação de ajuda. Este aspeto foi valorizado nos discursos dos nossos entrevistados, como podemos verificar nos excertos que apresentamos:

*... às vezes fazemos sem intenção de estarmos a ajudar e depois mais tarde vêm as pessoa e dizem assim ahh você estava cá em tal e tal e ajudou-me bastante e fez isto e fez aquilo e que nós na altura que nem levámos como sendo como estando a ajudar depois ... a mim já me tem acontecido às vezes já tenho ouvido falar de outras colegas estive cá estava cá a enfermeira tal ai ajudou-me tanto fez isto e muitas vezes nós quando estamos a fazer não estamos com a intenção de estar a ajudar mas que os doentes marcam-nos e fixam-nos se calhar mais do que nós.*  
(AJ)

*Eu acho na minha opinião que a nossa intervenção tem que ser sobretudo ao nível da relação de ajuda aqui na relação de ajuda e depois ... ao mesmo tempo também fazer um bom processo de enfermagem, uma boa colheita de dados, tentar perceber a história um bocadinho daquela, daquela pessoa, quais são as crenças que aquela pessoa tem, valores, isso tudo eu penso que é muito por aí se a gente conseguir aprofundar um bocadinho a colheita e depois intervir ao nível da relação de ajuda.* (PN)

Carrol (2001) realizou um estudo que teve como objetivo explorar o significado e a natureza que os termos espiritualidade e cuidado espiritual assumem na vida pessoal e profissional dos enfermeiros, onde participaram quinze enfermeiros com experiência na prestação de cuidados a nível de asilos e albergues no Reino Unido.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sugerindo-se aos participantes a possibilidade de partilharem as suas próprias crenças, histórias e experiências de vida a nível pessoal e profissional na prestação de cuidados espirituais a doentes em situação de cancro avançado.

A análise de dados revelou que os enfermeiros participantes afirmaram ter a preocupação de utilizar uma variedade de abordagens no sentido de ajudar o doente a encontrar sentido na situação que está a viver, isto é, a encontrar algum propósito na vida, no sofrimento por eles experimentado e no próprio processo de morrer.

Burkhardt e Nagai-Jacobson (1985) descrevem-nos a influência das preocupações espirituais nas dimensões física, mental/emocional e espiritual da pessoa e discutem estratégias para lidar com estas questões em contextos comunitários.

O relato destes autores é baseado numa experiência pessoal com doentes, bem como numa revisão da literatura que tinha como objetivo

ajudar os enfermeiros na comunidade a reconhecer e melhorar a sua capacidade de responder às preocupações espirituais, para que pudessem ajudar os utentes a procurar manter o seu bem-estar e, por conseguinte, a saúde.

Referem ainda estes autores, que os enfermeiros ajudavam a identificar preocupações espirituais dos doentes, reconhecendo que a espiritualidade de qualquer utente nem sempre era expressa em linguagem explícita.

Havia a indicação para se utilizar o processo de enfermagem como referência e para se iniciar o processo com a avaliação de questões espirituais, a definição de metas de enfermagem para lidar com essas preocupações e o planeamento de intervenções apropriadas para ambientes de atendimento dos utentes na comunidade. Este tipo de ações tinha como foco particular os utentes em tratamento por problemas crónicos de saúde e com os quais os enfermeiros tinham um relacionamento por um longo período de tempo.

Verificou-se no estudo que os problemas demonstrados pelos doentes crónicos relacionam-se sobretudo com os cuidados de enfermagem. Estes doentes são vistos com múltiplos problemas, embora sejam considerados no ato de “cuidar” como seres holísticos, em que o físico, o mental/emocional e o espiritual são componentes que estão presentes no ambiente de cada um. O “cuidar” de uma forma holística necessita da avaliação da sua componente espiritual.

Os enfermeiros consideram que cada pessoa deve poder expressar a sua espiritualidade e deve obter respostas de enfermagem de modo a conservar a sua integridade. Considerar que um problema de ordem espiritual é algo que faz parte da vida, ajuda a que os enfermeiros também compreendam que estes problemas são formas de procura do sentido da vida.

Os enfermeiros que trabalham na comunidade encontram-se diariamente com pessoas que referem aspetos da sua dimensão

espiritual, pelo que é importante que se tornem hábeis em lidar com estas questões, de forma a ajudar o doente no seu trajeto de sofrimento, pois o bem-estar espiritual do doente, ou a sua ausência, provoca impactos positivos ou negativos na sua qualidade de vida.

O enfermeiro tem necessidade de reconhecer e apreciar as crenças e valores do doente, que podem ser diferentes dos seus, para que possa compreender que é através da dimensão espiritual que cada pessoa pode encontrar o caminho essencial que lhe pode desocultar o significado da sua vida, podendo ou não incluir a dimensão da religião. O doente em regra expressa preocupação com os sinais físicos e sintomas, explora e partilha significados com o enfermeiro, facilitando assim o envolvimento deste na sua dimensão espiritual.

Os autores já referidos defendem que os enfermeiros podem ajudar os doentes que apresentam problemas relacionados com a sua dimensão espiritual e identifica cinco componentes para o enfermeiro lidar com a dimensão espiritual:

- *Pluralismo*: enfermeiros e doentes envolvem-se num amplo espectro de crenças e doutrinas;
- *Medo*: relativas ao não ser capaz de lidar com situações, invadir a privacidade do doente, ou tornar-se confusa a nossa própria crença ou sistema de valores;
- *Consciência do próprio na busca do espiritual*: o que dá sentido à esperança, à finalidade e ao sentido do amor na própria vida;
- *Confusão*: sobre as diferenças entre os conceitos religiosos e espirituais;
- *Atitudes básicas*: em relação à doença, envelhecimento e sofrimento (Burkhardt e Nagai-Jacobson, 1985).

Ajudar as pessoas a encontrar alegria, objetivos, esperança e prazer é uma meta que os enfermeiros e doentes podem definir.

Reconhecendo que a assistência espiritual ocorre ao longo do tempo e dentro do contexto de uma relação, o enfermeiro de saúde na

comunidade vai tomando consciência das intervenções que podem permitir à pessoa a procura do sentido da vida. A assistência espiritual é essencial para permitir a integração global de todas as dimensões da pessoa. Neste tipo de assistência, as pessoas com doença crónica esperam dos enfermeiros uma demonstração de habilidade em avaliar e lidar com os seus problemas de ordem espiritual.

Wiklund (2008) analisa a necessidade de cuidados de saúde em pessoas que vivem com dependências e chega à conclusão que os cuidados devem ser adaptados a cada doente, de forma a enfrentar alguns desafios relacionados com a espiritualidade no que se refere à gestão de conflitos entre: o sentido/sem sentido, conexão/solidão, vida/morte, liberdade/ausência de liberdade, responsabilidade/culpa e controlo/caos.

O autor atrás referido defende que ao cuidar de doentes que sofrem de dependência, os enfermeiros devem abordar a espiritualidade do doente que muitas vezes recorrem a substâncias diversas para substituição das suas necessidades. Assim a comunhão entre o cuidar/ajudar é vital, pois é a base para a satisfação das necessidades dos doentes com dependências.

A intervenção do enfermeiro deve centrar-se nos aspetos que ajudam o doente a sentir-se vivo e em relação com os outros. Compreender e ser capaz de identificar as necessidades dos doentes, associando os aspetos existenciais de vida com a dependência permitirá que os enfermeiros prestem cuidados e promovam a recuperação do doente. É nestes aspetos que se baseia a ajuda dos enfermeiros.

Assim sendo, a comunhão recíproca entre enfermeiros e doentes resulta numa relação de ajuda em que os doentes voltam a sentir-se seres humanos e como pessoas dignas e responsáveis. Os enfermeiros são capazes de participar em experiências de cura, sendo a relação entre o enfermeiro e doente baseada na reciprocidade.

O enfermeiro envolve-se de uma forma genuína, numa relação de ajuda onde os pontos fulcrais são a autoestima e a autonomia dos doentes, para que estes não voltem a recorrer às substâncias que estão na origem da sua dependência.

### **Mostrar disponibilidade**

A disponibilidade foi também um dos aspetos que os enfermeiros identificaram como importante no processo de cuidados a doentes que apresentam angústia espiritual, como podemos verificar em alguns dos excertos que aqui apresentamos.

*Eu acho que é disponibilidade para estar ao pé do doente que a gente às vezes anda aqui muito à pressa e o doente fala e nós nas nossas rotinas, não paremos um bocadinho para ouvir o que a pessoa tem a dizer (AP)*

*O olhar para a pessoa, falar com a pessoas, mostrar-se disponível e que estou aberta para a pessoa poder falar porque às vezes uma postura muito fechada a pessoa não, não nos diz nada rigorosamente. Estamos no nosso trabalho nem sequer nos quer atrapalhar o trabalho... como os próprios doentes dizem não quer estar realmente a atrapalhar o seu trabalho... não estou aqui a dizer para não incomodar nada não chame não toque para não incomodar e acho que se mostrarmos um bocadinho estes espírito mais de abertura estiver à vontade perante as pessoas .... (PN)*

Alguns estudos apontam para o fator disponibilidade do enfermeiro como um aspeto importante a considerar quando se pretende estabelecer uma relação enfermeiro/doente com base terapêutica.

Skilbeck e Payne (2003) referem que os enfermeiros com formação em cuidados paliativos desempenham um papel importante na prestação de cuidados a doentes com cancro em fase avançada no hospital ou no domicílio. Com este pressuposto desenvolveu um estudo que teve como objetivo aumentar a compreensão da forma como os enfermeiros com formação em cuidados paliativos e os doentes

interagem e trabalham em conjunto, para construir relações que permitam ou facilitem o apoio emocional.

O desenvolvimento da relação facilitadora do apoio emocional exige que os enfermeiros apresentem disponibilidade e envolvimento num processo complexo, que consiste em saber o estado da situação do doente.

A experiência de ter cancro é única para os doentes e famílias sendo referido, nos estudos consultados, que o sofrimento emocional é uma característica do cancro até à fase terminal da doença. Alguns doentes necessitam de intervenções especializadas de cuidados paliativos que contribuam para a resolução de problemas emocionais complexos, pelo que a presença do enfermeiro, com formação nesta área, e a sua disponibilidade são aspetos fundamentais no processo de cuidados.

Skilbeck e Payne (2003) referem que os estudos da comunicação em cuidados paliativos podem ser divididos em duas categorias: aqueles que tentam descrever a estrutura e o processo de interações e aqueles que tentam efectuar uma mudança com base na interação. A pergunta que guiou a investigação realizada era a seguinte: Que disponibilidades mostram os enfermeiros para estabelecer a interação com o doente?

Os trabalhos consultados por estes autores revelam que as interações enfermeiro/doente, ao nível de competência de comunicação, são um problema. Uma preocupação em particular são as estratégias utilizadas pelos doentes para evitar falar sobre os seus sentimentos ou preocupações.

O estudo revela que os resultados indicaram um nível global de comunicação baixo, com comportamentos de bloqueio em mais de 50% do tempo. Curiosamente, as conversas sociais, são geralmente vistas como bloqueadores de temas mais profundos, embora outros argumentem que são uma parte essencial da relação e ajudam a

“normalizar” aquilo que chamaram os encontros clínicos, ou seja, os encontros com objetivo terapêutico.

Os enfermeiros mostram disponibilidade e prestam apoio emocional através de algumas estratégias que caracterizam os processo de interação, quer seja verbalmente, com declarações próprias, mostrando empatia, incentivo, simpatia e consideração, ou mesmo de forma não-verbal, pelo toque ou pela proximidade.

É necessário o reconhecimento de que o cuidado emocional e o apoio emocional são conceitos dinâmicos, não são entidades fixas aprendidas através da experiência e da socialização, são moldados pelo processo de interação social e por contextos específicos, como nos referem Skilbeck e Payne (2003).

Num outro estudo realizado por Houtepen e Hendrikx (2003) com objetivo de explorar os problemas que os enfermeiros encontram quando prestam cuidados a doentes em fase terminal, sobretudo quando se deparam com problemas relacionados com o sentido da vida, foram identificadas algumas virtudes que os enfermeiros devem ter quando prestam cuidados a estes doentes.

Uma das virtudes necessárias aos enfermeiros dos cuidados paliativos é a sensibilidade; a dimensão em causa é o grau de disponibilidade e abertura dos enfermeiros às perguntas dos doentes. A sensibilidade requer que o enfermeiro tenha uma atenção especial para o que merece destaque e para o que é comum.

Diretamente relacionado com a sensibilidade está o discernimento, uma virtude localizada na dimensão da necessidade de especialização dos cuidados. A falta de discernimento é demonstrada pelo registo das perguntas do doente de forma indutiva e a avaliação de cada uma de forma específica. O discernimento está no alcance rápido do significado da própria pergunta, o que implica que a resposta seja de acordo com o significado da pergunta e não com a forma da pergunta. Outra

dimensão é a clareza, que é a capacidade de ser explícito quando necessário, sem dar ênfase indevida a questões menores.

A maioria dos doentes em cuidados terminais precisam de disponibilidade para que tenham o apoio necessário de acordo com a intensidade do sofrimento que estão a atravessar e com as preocupações quanto ao futuro, para si ou para a sua família.

A disponibilidade não quer dizer que os enfermeiros tenham que responder sempre imediatamente às questões que lhe são colocadas, podendo até decidir, por vezes retornar ao objeto da questão numa fase posterior, possivelmente após consulta a outros profissionais, apesar de muitas vezes se considerar que as questões existências em cuidados terminais requerem urgência na resposta e atenção intensa.

Vieira (2007) refere-nos que o cuidado exige tempo, o tempo do outro, e cuidar no tempo do outro não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho.

Sapeta (2011), num estudo sobre cuidar em fim de vida, também refere que junto dos doentes em fim de vida é o enfermeiro que demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal, portanto é o profissional de saúde que está em melhores condições para acompanhar a pessoa em situação de vulnerabilidade.

Amendoeira (2006), num estudo sobre a formação em enfermagem, refere que num processo de cuidados caracterizado pela interação entre os diferentes atores sociais, em que estes se elucidam mutuamente e com competências diferentes e complementares, o enfermeiro, ao adaptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos doentes, foge ao trabalho realizado por tarefa, podendo o processo de cuidados tornar-se num momento de ligação entre o doente e um profissional que pretende prestar cuidados de qualidade.

## **Encaminhar para o capelão/ministro de culto**

Solicitar o apoio dos ministros dos diferentes cultos é uma indicação que os enfermeiros nos referiram quando indicavam os cuidados necessários tendo em conta o diagnóstico de angústia espiritual.

*O encaminhamento às vezes para o capelão se eles verbalizarem mesmo que têm vontade disso outras vezes basta a gente ouvir o doente escutar estar um bocadinho com ele (AP)*

*... se ele for católico ou de outra religião qualquer é encaminhar para o capelão outro tipo de apoio de acordo com a sua religião(AP)*

DiJoseph e Cavendish (2005) defendem que é possível indentificar as respostas humanas a nível do domínio da dimensão da espiritualidade. Estes autores consideram que o cuidado holístico também considera as diversas atividades de assistência espiritual dos indivíduos, famílias e comunidades. A enfermagem holística envolve a espiritualidade tanto do enfermeiro como do doente e deve considerar as competências de todos os membros da equipa de cuidados, incluindo os membros da assistência religiosa.

Referem os mesmos autores que a oração é a prática espiritual mais usada e a sua prática, podendo estar relacionada com as tradições religiosas ou com crenças de natureza religiosa. A oração, por vezes, pode ter como objetivo estabelecer um diálogo pessoal com um poder superior, reverenciar o sagrado e, até mesmo, servir como um meio de transcendência metafísica. Algumas orações estão muitas vezes associadas a acontecimentos da vida de cada pessoa ou a rotinas diárias.

Muitas pessoas têm por hábito fazer uma pequena oração nos momentos que antecedem as refeições ao longo do dia. Muitas vezes

existem outras atividades simbólicas associadas à oração, como por exemplo, o uso de velas, de incenso, o realizar o sinal da cruz, o utilizar um terço ou adotar determinadas posições corporais específicas ao longo do dia, para momentos de oração.

O uso de um terço é predominante na Europa Ocidental, sendo considerado um objeto que ajuda a oração contemplativa, meditativa ou reflexiva, de modo a promover a concentração e chegar à transcendência com um poder superior. A oração é utilizada como uma terapia complementar que serve como guia para o cuidado espiritual e promove o bem-estar. A compreensão do significado da oração pode aumentar os níveis de conforto.

Os enfermeiros precisam de formação sobre o conhecimento em profundidade das experiências de oração, relacionadas com a assistência espiritual, dado que é uma prática de cuidados que ajuda a desenvolver a motivação para uma vida com sentido.

Referem ainda DiJoseph e Cavendish (2005) que os enfermeiros se sentem desconfortáveis na prestação de cuidados espirituais, dado que não têm confiança para abordar questões espirituais com os indivíduos e famílias, devido à informação limitada sobre a espiritualidade.

Referem estes autores que a maior parte da experiência a nível do ensino é limitada e os indivíduos, as famílias e as comunidades não recebem cuidados completos, dado que os cuidados de natureza espiritual não são prestados. A prestação de assistência espiritual e os dados das avaliações espirituais não são utilizados eficazmente a nível da prática, embora exista um interesse crescente nos aspetos relacionados com o significado individual da vida e com a própria necessidade de assistência espiritual.

Verificaram estes autores que as referências aos cuidados espirituais raramente são encontradas nas notas de enfermagem. A única referência para a espiritualidade em ambiente de cuidados de enfermagem, geralmente, refere-se ao questionamento se os indivíduos

gostariam de ter a visita de um capelão. Os enfermeiros apenas atingirão um crescimento profissional, em particular, enquanto prestadores de cuidados espirituais, quando compreenderem o significado da espiritualidade.

Para os autores que continuamos a referir, o enfermeiro deve ser capaz de realizar uma avaliação espiritual, adaptada a cada indivíduo, de modo a identificar todas as necessidades do indivíduo, mas precisa de adquirir uma sensibilidade para as necessidades espirituais dos indivíduos e uma compreensão da ampla diversidade de cuidados complementares que podem contribuir para o estudo das respostas humanas resultantes das experiências vividas, que decorrem dos processos de vida ou de situações de doença, sobretudo no domínio espiritual.

Os autores atrás referidos chegaram ainda à conclusão que quando o doente sente que existe um relacionamento com apoio significativo, geralmente, pede a um enfermeiro para rezar com ele, contudo os enfermeiros podem sentir-se desconfortáveis por não terem conhecimentos destes aspetos que interferem no domínio espiritual. A oração é um dos mais antigos métodos utilizados para alcançar a paz, sendo associada a sentimentos de tranquilidade, calma, alívio, repouso e bem-estar, cura e recuperação. Os enfermeiros podem desta forma melhorar os resultados da assistência espiritual, apoiando e facilitando as práticas relacionadas com a oração.

Para Galek *et al.* (2007) a assistência espiritual é vista como uma componente essencial para o cuidado holístico. Atualmente existe uma procura crescente da compreensão do papel dos enfermeiros e da forma como estes interagem com os indivíduos.

Defendem estes autores que a ajuda de um capelão pode ser necessária, pois este fornece uma perspetiva interdisciplinar do papel da espiritualidade. Na dimensão espiritual a religião é um aspeto

importante no modo como os indivíduos lidam com a perda, *stress* ou com a situação de doença.

A integração dos capelães no ambiente hospitalar depende dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, pois é necessário que estes sensibilizem também os capelães para as necessidades espirituais. Verifica-se que os capelães em regra apenas são chamados quando as intervenções médicas não podem continuar a ajudar os doentes, sobretudo os doentes em fase terminal.

Ao longo dos tempos, a assistência espiritual sempre se revelou uma componente importante dos cuidados e os capelães poderão ajudar na relação entre o enfermeiro e o indivíduo, através de uma melhor perceção dos cuidados necessários a nível da assistência espiritual.

Numa pesquisa realizada por Santos Sá (2010), com o objetivo de descrever e comparar alguns estudos e identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico adulto e internado, procurou-se responder à seguinte questão: "Quais são as intervenções de enfermagem que contribuem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico internado?".

Os autores chegaram à conclusão que as intervenções de enfermagem, nos doentes em sofrimento na fase final da sua vida, incidem na dimensão emocional, espiritual e física.

Na dimensão emocional os enfermeiros tentam proporcionar o encontro entre os membros da família ou amigos, estabelecer uma comunicação eficaz, desenvolver um relação profunda de amor e compaixão, criar uma relação de confiança, promover o respeito, criar empatia ao centrar-se nas experiências vividas pelo doente e ajudar a encontrar as razões para o sofrimento.

Na dimensão espiritual, encaminham-se os doentes para o líder espiritual, reza-se, respeitam-se as suas crenças e práticas religiosas, fomenta-se a fé, alimenta-se a esperança, proporcionam-se momentos

de música, ouvem-se os doentes com atenção, falando-se com eles e apoiando-os, respeitando sempre a sua privacidade e dignidade.

Por fim, na dimensão física, são apontadas a mobilização e o posicionamento, alívio das zonas de pressão, a gestão da dor e dos sintomas e os cuidados de higiene e conforto.

### **Promover a esperança**

Quando as pessoas vivem momentos de sofrimento intenso relacionados com a própria doença ou a doença de um familiar, com perdas significativas nas suas vidas, a esperança é um sentimento a valorizar quando os enfermeiros planeiam cuidados.

Os estudos revelam que a necessidade de ser reconhecido como pessoa, de reconciliação com a própria vida, a busca do sentido, da transcendência e da esperança podem ser satisfeitas através dos cuidados espirituais, sendo função dos enfermeiros prestar cuidados neste âmbito.

Promover a esperança nos doentes e nos seus familiares com base na verdade e ajudá-los nos momentos de sofrimento, torna-se premente, sendo prioritário que os enfermeiros se consciencializem dessas necessidades, o que implica que estejam preparados para as valorizar no âmbito do cuidar.

Vejamos com a descrição que se segue, retirada das entrevistas realizadas, como os enfermeiros entrevistados valorizaram a necessidade de promover a esperança nos doentes:

Alimentar a esperança, não uma esperança irreal e depois o valorizar as pequenas conquistas porque eles acabam por evoluir quase sempre positivamente porque primeiro uma das coisas que muito a angústia é a dependência a perda de capacidades e à medida que vão evoluindo vão conseguindo fazer algumas coisas, tivemos uma senhora tinha uma neoplasia das vias biliares ... entrou numa fase de choque fez a C.P.R.E. pôs uma prótese e quando voltou para a enfermaria, primeiro esteve desorientada, mas depois estava constantemente ai, ai eu e às vezes perguntava-lhe então mas tem dores? sente-se mal? está mal disposta?, porque ela vomitava muito... nota-se agora que ela foi evoluindo... já consegue comer ... já consegue andar sozinha... já faz tudo.. acho que a perda de capacidades é uma coisa que os angústia muito se bem também noutras situações não é, esta evoluiu mas quando não evolui devemos valorizar o que ainda têm, os factos positivos que ainda têm e tentar que eles aceitem a situação em que estão. (CH)

Johnson (2007) defende que a fase terminal de uma doença é, na maior parte das vezes, vista pela sociedade ocidental como uma situação irremediável, no entanto muitos doentes que enfrentam um período terminal tentam transformá-lo num período de esperança, ao contrário de desistirem da vida por não haver mais nada a fazer. A esperança é importante para estes doentes, pois permite-lhes viver os dias que lhes restam da melhor forma possível, ajudando-os a ultrapassar as questões e dificuldades do momento.

Neste estudo os profissionais de saúde referem que a esperança dos doentes está direccionada para a cura ou para a remissão da doença que esperam alcançar e, na maioria das vezes, essa esperança é encarada como uma forma de negação da realidade, pelos próprios profissionais de saúde. No entanto, a esperança do doente terminal vai para além da expectativa de cura e deve mantê-la mesmo durante o estágio final da sua vida. Quando um doente que tem uma doença incurável se encontra numa fase terminal e ainda considera possível superar a doença, muitos profissionais de saúde acreditam e sugerem que o doente não está a ser realista, alegando que se trata de uma forma do doente negar a proximidade da sua morte.

Os profissionais de saúde não devem esperar que estes doentes sejam exageradamente realistas, dado que se trata da estratégia possível que encontram para lutar contra a ideia de que o fim da vida está a

chegar. É indiscutível a importância de promover a esperança, não só nos doentes mas também nos profissionais de saúde, para que estes sejam os principais promotores da esperança, em vez de menosprezarem essa capacidade que os doentes terminais manifestam.

Num estudo referido por Johnson (2007), realizado com o recurso a uma amostra de dezassete livros, onze estudos de investigação e seis estudos de caso, todos eles sobre a esperança a partir das perspetivas dos doentes com uma doença terminal, chegou-se à conclusão que a esperança é promovida quando os doentes têm autonomia e autodeterminação. Como os profissionais de saúde trabalham com indivíduos com potencial de perda de controlo, é essencial que os cuidados a esses doentes sejam realizados de forma a permitir o máximo de autonomia, promovendo assim a esperança.

A pesquisa referida revelou que quando a esperança é conseguida verificam-se consequências bastante positivas nos doentes. Todas as situações estudadas na literatura foram situações de doentes que revelavam ter esperança, facto que permitiu que conseguissem enfrentar, de forma construtiva, o seu futuro incerto, adaptando-se à situação irreversível da morte e aceitando a sua situação de doença.

A esperança proporcionou a estes doentes a capacidade de suportar e lidar com um elevado grau de sofrimento e olhar para além da dor, deu-lhes também energia física e psicológica para atingirem metas, definirem as suas prioridades, restabelecerem a sua fé e ativaram a sua espiritualidade. O desejo de continuar a viver fez com que voltassem a ter entusiasmo pela vida, o que permitiu que apreciassem os bons momentos da vida e descobrissem as razões para viver.

O ambiente do hospital era encarado pelos doentes como um lugar de esperança, uma vez que era o local onde existia alguém que os valorizava enquanto seres humanos, independentemente de perderem as suas funções. Os enfermeiros foram considerados como os catalisadores fundamentais para fomentar a esperança.

Num estudo onde se analisaram alguns fatores relacionados com a esperança entre os idosos de um lar realizado por Touhy (2001), foi considerado que a compreensão da espiritualidade e do seu significado na vida dos idosos institucionalizados pode ajudar no desenvolvimento de intervenções para promover a esperança e o bem-estar espiritual.

O referencial teórico para este estudo teve origem na teoria de Watson que definiu a enfermagem como uma ciência humana que não pode estar limitada à utilização de conhecimentos relativos às ciências naturais. A enfermagem lida com seres humanos que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências, que não podem ser objetivadas ou consideradas como elementos dispersos de análise. A meta da enfermagem é ajudar a pessoa a adquirir um maior grau de harmonia do corpo, mente e espírito, que gera o autoconhecimento, a autocura e processos de autocuidado.

Para Watson (2002) a espiritualidade ocupa um lugar de destaque em que o espírito humano é considerado a força mais poderosa na existência do ser humano, permitindo o alcance da transcendência espiritual por meio da evolução e da realização da harmonia interior.

De acordo com a perspectiva de Watson, os enfermeiros promovem a harmonia da mente, do corpo e do espírito, independentemente do problema de saúde externo, a idade ou a circunstância da vida da pessoa. A sua perspectiva é extremamente relevante para a compreensão da importância da esperança e da espiritualidade para o bem-estar de idosos institucionalizados e apoia e incentiva as intervenções de enfermagem que promovam a fé e a esperança, que desenvolvam relacionamentos de carinho, e que promovam a conexão entre o "eu", os outros, a natureza e o mundo.

O estudo desenvolvido por Touhy (2001) procurou as respostas para as seguintes questões:

- Qual é a relação entre o nível de esperança numa amostra de idosos institucionalizados?

- Qual é a relação entre o nível de esperança e as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, tempo de permanência, a saúde física e mental, funcionais e habilidade?

- Qual é a relação entre a espiritualidade e o nível de esperança numa amostra de idosos institucionalizados?

- Qual é a relação entre a conexão com os outros e o nível de esperança numa amostra de idosos institucionalizados?

- Qual é a contribuição conjunta de espiritualidade e conexão com outros níveis de esperança numa amostra de idosos institucionalizados?

A amostra deste estudo envolveu sessenta e nove participantes, recrutados de nove centros de saúde .

Os prestadores de cuidados de saúde foram enumerados, em 35% dos participantes, como significativos na vida dos doentes. Os enfermeiros foram a categoria mais frequentemente chamada de prestadores de cuidados de saúde nas redes de apoio e forneceram um grande apoio emocional para os participantes que os nomearam como importantes. No entanto, sobressai a conclusão de que a natureza das relações de cuidar precisa de ser estudada para se compreender como se cuida e como é que o enfermeiro nutre nas pessoas o bem-estar.

No que respeita aos resultados do estudo, não houve diferenças significativas do nível de esperança com base na idade, sexo, estado civil, educação, estado, duração da estadia, autorrelato de saúde física e mental e capacidade funcional, contudo verificou-se uma diferença significativa baseada na religião dos participantes. Foi encontrada também uma significativa correlação positiva entre espiritualidade e o nível de esperança. A espiritualidade emergiu como o único preditor significativo da esperança.

O estudo revelou que o nível moderadamente alto encontrado na população de idosos institucionalizados se devia ao facto da esperança

não depender da idade, da constituição física e saúde mental ou da capacidade funcional. A força e sabedoria dos idosos constituiu-se como um aspeto importante que ajuda a enfrentar os grandes desafios nas suas vidas. Para que consigam manter a esperança perante as perdas, tanto físicas quanto emocionais, é-lhes exigido o recurso à fé ou à sua profunda força interior.

Promover a esperança dos idosos institucionalizados e apoiar a força interior que revelam, são funções dos enfermeiros dado que muitas vezes os familiares e os próprios idosos consideram o lar como o lugar para o fim da vida e um lugar sem esperança.

A contribuição significativa da espiritualidade e da esperança encontradas no estudo referido chama a atenção para a importância da oferta de oportunidades onde os enfermeiros possam apoiar e reforçar as práticas espirituais.

### **Solicitar apoio da equipa de cuidados paliativos**

Os enfermeiros entrevistados revelaram-nos a importância de se solicitar o apoio da equipa de cuidados paliativos, como podemos verificar no excerto que se segue:

*É assim, nós aí o que tentamos fazer, nós aí o que tentamos fazer e isso é muito comum nos oncológicos é tentamos o mais cedo possível ahh pedimos apoio da equipa intra hospitalar de cuidados paliativos que tem outra forma de abordar as questões e quando mais cedo melhor que o que acontecia ao início é que pedíamos apoio mas pedíamos apoio já numa fase avançada ou nunca e isso é mau portanto a gente agora tenta sempre o mais precocemente possível quando temos um doente que está em condição de paliativos o mais precocemente possível contactamos a equipa portanto para também dar apoio nessa problemática.*

Cahana *et al.* (2007) revela-nos um estudo realizado com enfermeiros e doentes em fase final de vida que apresentavam uma

enorme ansiedade generalizada. Os cuidadores utilizaram técnicas de alívio da dor na fase terminal, diminuindo assim o sofrimento.

O objetivo da pesquisa foi explorar as atitudes dos profissionais de saúde e as crenças, antes e quatro anos após a introdução de um programa da intervenção na dor. Procurou-se observar e identificar as principais facilidades ou dificuldades de seguir essas experiências.

No estudo verificou-se que é importante a presença permanente da equipa de enfermagem nos cuidados paliativos. Os enfermeiros testemunham que é fundamental que os utentes morram com dignidade e com o menor sofrimento possível. A melhoria da qualidade dos cuidados ocorre através da deteção e superação de barreiras com as quais, frequentemente os enfermeiros se deparam e que no momento não conseguem ultrapassar.

O estudo realça que não alimentar falsas esperanças adquire-se com a experiência profissional, contudo existem mitos e equívocos que continuam a ser vistos como barreiras para se conseguir gerir a dor em doentes oncológicos. Este facto não se deve à qualidade dos tratamentos, mas sim à influência dos profissionais de saúde e à forma como cada pessoa encara a vida, dependendo de vários fatores, como por exemplo da cultura ou até mesmo da personalidade da própria pessoa.

Reconhecem os autores, atrás referidos, a necessidade da intervenção das equipas de cuidados paliativos nos cuidados espirituais que se proporcionam aos doentes com elevado grau de sofrimento, decorrente de situações de doença grave.

Alguns autores referem-se à importância da equipa de cuidados paliativos no contexto dos cuidados de saúde. Para Garrard e Wrigley (2009) o incentivo de promover a esperança é visto como parte do dever dos profissionais de saúde que desempenham a sua atividade em equipas de cuidados paliativos. A inexistência de esperança não permite definir objetivos para a ação, pelo que manter a esperança no

doente é um aspeto importante que deve fazer parte de todos os serviços de saúde, e a honestidade para com os doentes é um pilar da prática atual dos cuidados paliativos.

Sinclair *et al.* (2006) defendem que, no contexto de cuidados paliativos, a espiritualidade é um aspeto central que assume um significado diferente em comparação com outras áreas da saúde. Neste contexto a espiritualidade não se estabelece a nível de esperança para a sobrevivência, mas por algo mais rico e significativo: uma aceitação pacífica da vida, do seu começo e do seu fim. A espiritualidade torna-se numa ferramenta poderosa do processo de tratamento.

### **Fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença**

Manter o doente informado sobre a sua situação de doença foi um dos aspetos que os enfermeiros entrevistados nos salientaram, como podemos verificar no excerto de uma entrevista que a seguir apresentamos:

*não perdermos a calma não é naquela fase em que ele está agitado não gritarmos e não sermos mais agressivos porque agressividade gera agressividade não é, é o que parece que se passa hoje de manhã acho que a enfermeira tornou-se um bocado agressiva ele tornou-se mais agressivo ainda é essencialmente naquela fase de eles estão agressivos tentar compreender a situação em que ele está não é como disse primeiro que tudo na parte médica também a ajudar não é não é só a nossa parte depois da parte médica agora nesta fase tentar compreender porque é que ele está agitado e falar-lhe calmamente e tentar levá-lo a compreender para que ele se acalme ... (AJ)*

Høye e Severinsson (2010) desenvolveram um trabalho de pesquisa que estudou o choque ou o conflito que as diferenças culturais provocam entre enfermeiros, utentes e famílias. O choque acontece sobretudo em famílias consideradas mais conservadoras em relação aos seus costumes. Os enfermeiros muitas vezes não possuem conhecimentos suficientes sobre os aspetos relacionados com

multiculturalidade, para entenderem as necessidades das pessoas nas suas diferenças culturais.

O estudo referido baseou-se em três subtemas: “a base cultural como participante ativa *versus* enfermeiros”, “a obrigação profissional dos enfermeiros de prestar informações perceptíveis *versus* as bases culturais dos doentes” e “as necessidades culturais da família *versus* a responsabilidade profissional dos enfermeiros em contexto clínico”.

Concluiu-se no estudo que os enfermeiros têm necessidade de se adaptar à cultura dos utentes e das suas famílias, devendo existir um equilíbrio entre as diferenças culturais do enfermeiro e da família. Nas competências dos enfermeiros devem incluir-se os conhecimentos sobre a diversidade cultural dos doentes, quando for necessário fornecer informações sobre o seu processo de cuidados.

Os autores, que acabámos de referir, relacionaram a obrigação profissional dos enfermeiros para prestar informação compreensível, com as dificuldades de comunicação baseadas na cultura e nas respostas à doença, concluindo que os doentes e as suas famílias têm o direito à informação compreensível sobre a sua situação de doença.

Para Renaud (2002) é no encontro do homem saudável com a fraqueza do doente, considerado um ato particularmente precioso e valioso, que se abre o caminho para um futuro de acompanhamento e de esperança. Este encontro é acolhido pelo doente, como a palavra-ação que volta a situar o silêncio do corpo doente na comunicação e no relacionamento intersubjetivo e que tem dois sentidos diferentes: o encontro do doente com a sua doença e o encontro do doente com a palavra-ação do outro.

Para Renaud os aspetos atrás referidos são duas facetas bem diferentes que acabam por mediatizar-se reciprocamente: o doente acaba por situar-se relativamente à sua doença mediante a palavra do outro e o encontro da pessoa saudável consigo mesmo onde toma consciência da fragilidade e da vulnerabilidade do doente.

Silva (2006), num estudo sobre os sistemas de informação em enfermagem, considera que a enfermagem tem desenvolvido esforços para se integrar no seio das disciplinas do conhecimento. De um ponto de vista da análise pragmática essa integração requer a construção e a demonstração de um saber próprio e assim a constituição de um corpo de conhecimentos. No entanto, o conhecimento utilizado na conceção das práticas de enfermagem implica a absorção do saber do cliente relativamente ao fenómeno que vivencia, por forma a maximizar o potencial de bem-estar, através da inter-relação.

Acrescenta o autor que estamos a referir, que o conhecimento do cliente sobre o fenómeno que lhe afeta o bem-estar é um conhecimento “leigo” pela sua natureza, contudo o enfermeiro é alguém que valoriza o conhecimento leigo enquanto conhecimento processual, mas que possui o conhecimento formal que lhe conferiu a profissionalidade e o reconhecimento social.

### **Não alimentar falsas esperanças**

Foi ainda evidenciada a importância de não se alimentar nos doentes a falsa esperança, como nos foi referido no excerto que aqui se inclui.

*Primeiro não dar falsas esperanças acima de tudo, e ter uma visão objetiva do que se passa fora os casos em que a família não quer mesmo que o doente saiba, já tem acontecido, por acaso ainda esta semana falei de uma coisa com uma colega que um doente que teve neo do pâncreas não sabia e a família não queria que ele soubesse até que ponto é que isso primeiro a família pronto decidiu mas se o doente nos perguntar? (MP)*

Bonhote *et al.* (1999) referem-se ao altruísmo e à sua expressão criativa na idade adulta, assim como às intervenções de enfermagem que contribuem para a diminuição de sentimentos de incapacidade que

acompanham as mudanças de vida das pessoas. As intervenções tinham o objetivo de ajudar as pessoas a adaptarem-se a transformações e perdas, de forma a combaterem estereótipos e falsas esperanças.

Referem estes autores, que os enfermeiros que trabalham em saúde mental psiquiátrica, utilizam a psicoterapia de grupo como uma intervenção que pode contribuir para a diminuição do isolamento social e como estratégia para lidar com a perda de alguém próximo da pessoa. Os enfermeiros são os principais responsáveis para que o doente e os seus familiares não alimentem falsas esperanças. Através do uso de uma variedade de técnicas de psicoterapia de grupo, interagem de forma eficaz com os adultos, para a promoção do bem-estar.

Verhaeghe *et al.* (2007) realizaram uma pesquisa onde analisaram a relação dos enfermeiros com os familiares do doente em coma relativamente à esperança. Concluíram que os familiares quando recebem más notícias, por vezes, reagem com uma sobrecarga de raiva, de desespero, de culpa, negação e medo de perderem do seu familiar doente. O estudo também tinha como objetivo a identificação e descrição dos processos psicológicos básicos e a “esperança” foi considerada como o processo psicológico central na adaptação para o inesperado.

A incerteza devido a uma falta de informação dá uma sensação de desamparo e perda de controlo situacional. Foi verificado no estudo, que os familiares estão constantemente à procura de mais informação acerca do doente junto dos enfermeiros, mas quando percebem que a informação não é fidedigna ou seja quando estão perante uma falsa esperança, sentem uma sensação de ansiedade e angústia. A esperança e a informação surgem entrelaçadas, a esperança é uma parte fundamental da experiência dos membros da família, na relação com o utente independentemente da gravidade da situação.

Para os familiares, a falsa esperança opõe-se à esperança realista e surge associada a informações incompletas ou incorretas, que podem

levar os familiares à desilusão. Os doentes e familiares tentam muitas vezes proteger-se contra a desilusão que a falsa esperança pode causar.

A necessidade de informação evolui, como a esperança e é influenciada por acontecimentos e experiências dos membros da família que precisam de diferentes tipos de informação sobre os diferentes momentos do processo de saúde/doença que atravessam.

### **Apoiar a reconciliação com a família**

A reconciliação familiar torna-se um aspeto importante a considerar sobretudo quando um doente está em fase final a sua vida. Este aspeto foi referido como uma intervenção a ter em conta no planeamento de cuidados, como podemos verificar no excerto que se segue.

*Sim tivemos aí há pouco tempo, não foi comigo foi com outra colega, um homem relativamente novo que ele não conseguia não falava com um acho que era com um irmão já há algum tempo ah mas o irmão todos os dias ligava para cá a saber do estado dele e nós na primeira fase não sabíamos disto, todos os dias lhe dizíamos: olhe ligou o seu irmão... e ele não manifestava muita coisa não se manifestava em relação a isso mas depois já mais tarde o estado dele foi agravando cada vez mais e depois já assim num dos dias finais disse-nos que quando o irmão ligasse para nós lhe dizermos que ele gostava que ele viesse cá e depois dissemos-lhe então mas porquê? porque eu vou morrer e não gostava de morrer mal com ele... depois o irmão veio depois lá o que falaram ou não nós não sabemos mas o que é certo é que o irmão veio, pelo menos isso foi a vontade dele e acho que isso ficou resolvido. (AC)*

Prince-Paul (2008) realizou um estudo que tinha como objetivo principal investigar os atos comunicativos de amor, gratidão e perdão, numa amostra de indivíduos entre os 35-80 anos com diagnóstico de cancro, doentes de um hospital psiquiátrico e que residiam em casas particulares no seu ambiente comunitário.

Considerou-se que o estudo abriu a hipótese de pesquisa de que se podem estabelecer importantes relações de apoio aos doentes e às respetivas famílias, tendo como foco principal a comunicação.

O cancro surge muitas vezes como um dos meios para uma maior consciencialização e valorização da vida familiar e pessoal pelo que as expressões de amor, gratidão, perdão e despedida têm um significado especial no final da vida de muitos doentes. No estudo empreendido pelos autores referidos não houve diferença estatística entre a idade, sexo, raça ou estado civil em relação aos atos comunicativos, bem-estar espiritual, social, ou qualidade de vida, contudo as diferenças significativas foram constatadas entre as afiliações religiosas na qualidade de vida global, espiritual e bem-estar social.

Os médicos do hospital, onde o estudo que temos vindo a citar foi realizado, sugeriram que o perdão tem um valor terapêutico importante. Estes profissionais podem ter inferido da importância do perdão, dado que presenciaram muitas situações em que se observavam graves conflitos mal resolvidos a condicionar a relação do doente com os seus familiares.

Concluiu-se que o conceito do perdão envolve o sentido da necessidade de reconciliação, ao contrário dos outros atos comunicativos de amor ou gratidão, e contribui para aliviar sentimentos que tenham resultado de conflitos anteriores na relação dos doentes com os membros da sua família.

Conclui-se que, em fase final de vida, os prestadores de cuidados têm a oportunidade de fomentar bases de relacionamento para um entendimento entre os doentes e a sua família, em que o tempo pode e deve ser utilizado de forma eficaz.

### **Perceber a situação concreta do doente**

A perceção da situação concreta da vivência do doente foi também referido como um aspeto a considerar para o planeamento de cuidados.

*...naquela fase em que eles estão agressivos tentar compreender a situação em que ele está não é como disse primeiro que tudo na parte médica também a ajudar não é só a nossa parte depois da parte médica agora nesta fase tentar compreender porque é que ele está agitado e falar-lhe calmamente e tentar levá-lo a compreender para que ele se acalme também porque se vamos gritar em vez de se acalmar agita ainda mais . (AJ)*

Pereira *et al.* (2009), num estudo de revisão bibliográfica que teve como objetivo descrever o contributo da enfermagem na assistência às mulheres portadoras de cancro da mama, refere que o cancro da mama é bastante temido, sobretudo devido ao impacto psicológico que provoca, envolvendo a sexualidade e as alterações na imagem corporal.

A suspeita de cancro da mama desencadeia vários sentimentos na mulher, como medo, sentimentos de perda, ansiedade, sentimentos de culpa, rejeição e incerteza em relação ao futuro. Depois do conhecimento de um diagnóstico de cancro, é comum a mulher sentir-se culpada, imputando a sua doença ao seu estilo de vida, à falta de cuidado que teve com o seu corpo, com a sua alimentação, ao facto de não ter realizado mais exercício físico, ao *stress* a que está sempre sujeita e até mesmo à própria hereditariedade genética ou ainda por não ter tomado os devidos cuidados ao nível da sua vigilância de saúde.

Para a grande maioria das mulheres ser portadora de cancro da mama é sinónimo de morte e perda da sua autoestima.

Perante os inúmeros sentimentos que surgem na mulher para aceitar a doença e a nova condição de vida, é difícil para a mulher com cancro de mama, enfrentar os preconceitos e lutar pela cura. A primeira fase do seu processo de doença corresponde quase sempre à negação. A negação funciona como um mecanismo ou estratégia de defesa perante um problema de saúde que quase sempre é de grande gravidade.

Durante todo o processo de doença que a mulher enfrenta é importante que esta exponha os seus sentimentos e para isso aconselha-se a partilhar a sua experiência com pessoas que estão a passar pela mesma situação, o que possibilita a troca de experiências e de dúvidas, a discussão de aspetos sociais, emocionais e físicos, facto que surge como um suporte importante para a mulher, tornando-a mais disposta a enfrentar a doença, elevando a sua autoestima e ajudando-a a não desistir da vontade de querer vencer a situação de doença que está a experimentar.

O estudo revelou que os enfermeiros podem intervir em muitas destas situações, uma vez atuam na educação promovendo a saúde, ou na prevenção estimulando a doente a realizar o autoexame e outros exames complementares de diagnóstico. Intervêm no diagnóstico quando explicam o que o envolve, esclarecem todas as dúvidas que possam surgir e no tratamento quando acompanham a pessoa, a orientam, apoiam a sua família, contribuem para a gestão do regime terapêutico e fornecem suporte emocional adequado à real vivência da situação. Na fase de reabilitação estimulam à adoção de hábitos saudáveis e proporcionam um acompanhamento regular.

O estudo que temos vindo a referir sugere que os enfermeiros devem considerar o doente como uma pessoa que tem necessidades de saúde, respostas humanas específicas e padrões de vida individuais, pelo que é preciso olhar para a pessoa de forma sistémica. Sugere ainda que os enfermeiros desempenham um papel importante no esclarecimento das pessoas sobretudo no momento em que estas sofrem, competindo-lhes perceber quais as suas dificuldades de modo a ajuda-las a encontrar estratégias para enfrentar a nova realidade, desmistificando as ideias, ajudando a minimizar os seus sentimentos de culpa e a minimizar a sensação de ser alvo de preconceitos.

## Solicitar apoio de outros membros da equipa de saúde

No entender dos entrevistados o apoio de todos os membros da equipa de saúde torna-se um aspeto fundamental para satisfazer as necessidades espirituais do doente.

*Podemos também pedir alguns apoios pronto são apoios que podem complementar o nosso papel não é assim às vezes o voluntariado estou a pensar por exemplo ao nível da mama a gente às vezes solicita o apoio do voluntariado.*  
(PN)

McGinnes (2010) refere-se à necessidade fundamental de capacitar toda a equipa multidisciplinar existente num serviço de reabilitação, valorizar as funções de cada membro e incentivar o diálogo entre todos, para se poder concretizar um trabalho eficaz.

O autor referido realizou um estudo de pesquisa com enfermeiros de reabilitação na comunidade chegou à conclusão que o estudo trouxe uma maior valorização do papel do enfermeiro para a prestação de serviços à comunidade e reforçou a eficácia do trabalho em equipa. Os membros da equipa refletiram sobre o papel de cada um dos seus constituintes, explorando-se uma dinâmica de trabalho eficaz que melhorou consideravelmente os cuidados prestados à comunidade.

Relativamente à importância do trabalho em equipa Curtis (2006) propõe um conjunto de alterações possíveis capazes de rentabilizar e melhorar os serviços em cuidados intensivos para que passe a existir uma maior interligação entre as várias equipas de saúde (equipa de enfermagem, equipa médica, psicólogos, etc.). Como tal, foram propostos os seguintes pontos:

a) Identificar a motivação local, o suporte do trabalho em equipa e desenvolver uma liderança forte;

b) Dar prioridade a potenciais projetos e escolher o alvo prioritário;

c) Operacionalizar as medidas, para dar suporte ao projeto e desenvolver um plano de intervenção;

d) Executar uma análise ambiental para entender melhor o problema, as potenciais barreiras, oportunidades e recursos para o projeto;

e) Criar uma base de dados que se possa medir com precisão o desempenho da equipa e identificar possíveis melhorias futuras;

f) Criar um sistema de comunicação de dados que permita que os médicos e os outros profissionais possam compreender o problema;

g) Introduzir estratégias eficazes para mudar o comportamento clínico;

h) Determinar se o alvo se altera com a recolha de informação periódica;

i) Modificar as estratégias de mudança de comportamento para melhorar ou manter as melhorias;

j) Desenvolver e sustentar o apoio da Direção do Hospital;

l) Identificar uma série de recursos online para complementar a visão geral.

É considerado que melhorar a qualidade é uma atividade importante para todos os membros da equipa interdisciplinar em cuidados críticos. O sucesso que é cumulativo e contínuo numa equipa de cuidados de saúde, não depende apenas de uma boa equipa interdisciplinar mas essencialmente de fortes lideranças (Curtis, 2006).

## **Síntese:**

Em *síntese* podemos referir que, no que se refere às intervenções de enfermagem, conseguimos identificar nas expressões significativas dos registos efetuados a partir das gravações dos discursos dos enfermeiros, algumas intervenções que poderão ser a base para a construção de um processo de cuidados a doentes com o diagnóstico de angústia espiritual.

Os enfermeiros encontram-se diariamente com pessoas que referem situações problemáticas na sua dimensão espiritual pelo que é importante que se tornem hábeis em lidar com estas questões, de forma a ajudar o doente no seu trajeto de sofrimento.

A pessoa deve poder expressar a sua espiritualidade e deve obter respostas de enfermagem de modo a conservar a sua integridade.

Considerar que uma situação de diagnóstico de ordem espiritual é algo que faz parte da vida, ajuda a que os enfermeiros compreendam que estas situações são formas de procura do sentido da vida.

O doente em regra expressa preocupação com os sinais físicos e sintomas, explora e partilha significados com o enfermeiro, facilitando assim o envolvimento deste na sua dimensão espiritual.

Ajudar as pessoas a encontrar alegria, objetivos, esperança e prazer é um caminho que os enfermeiros e os doentes podem definir, com a consciência que a assistência espiritual ocorre ao longo do tempo e dentro do contexto de uma relação.

O enfermeiro vai tomando consciência das intervenções que podem permitir à pessoa a procura do sentido da vida. A assistência espiritual é essencial para permitir a integração global de todas as dimensões da pessoa. A intervenção do enfermeiro deve centrar-se nos aspetos que ajudam o doente a sentir-se vivo e em comunhão com os outros.

Quando se prestam cuidados a doentes com o diagnóstico de angústia espiritual, a intervenção que os enfermeiros mais realizaram e que apontam como principal é “*escutar ou falar com o doente relativamente à sua situação de doença*”. Também os diversos estudos consultados revelam que a capacidade de escutar e de dialogar com os doentes é um aspeto importante no processo de cuidados.

Achamos assim importante, que os enfermeiros incentivem os doentes a falar e a escutar, para que possam avaliar os conhecimentos e os sentimentos que emergem da vivência das experiências de doença. Esta avaliação pode ajudar o enfermeiro a ficar informado e a poder identificar, através do discurso (explícito ou implícito), as necessidades dos doentes, o que torna as intervenções de enfermagem mais apropriadas à situação de cada pessoa.

Quando os enfermeiros não valorizam a espiritualidade na vida dos doentes estão a subvalorizar a importância de uma dimensão crucial da pessoa, dimensão que interfere na procura do sentido para os acontecimentos no seu percurso de vida que é atravessado por cenários de doença, de sofrimento e de morte.

Os enfermeiros desenvolvem a sua capacidade de escuta quando ouvem as histórias dos doentes com uma atitude de disponibilidade e sem emitirem juízos de valor, porque quando incentivam os doentes a contar as suas histórias estão a contribuir para o alívio do seu sofrimento. O enfermeiro poderá desempenhar o papel de ouvinte e de contador.

Respeitar o outro é um elemento fulcral da competência comunicativa e requer que as pessoas consigam partilhar ideias, pensamentos e propósitos e em certos casos modificá-las. Assim sendo, a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro.

A *participação da família* no processo de cuidados foi um dos aspetos valorizados pelos enfermeiros entrevistados. A evidência

científica revela-nos que os familiares podem assumir o papel de cuidadores em muitas situações de cuidados quando estiverem preparados para o exercício efetivo desse papel.

Os estudos consultados revelaram a importância dos cuidadores familiares nos processos de cuidados e sobretudo da necessidade de preparação destes quando pretendem cuidar dos seus familiares doentes. A responsabilidade de cuidar de um membro da família em fim de vida pode ter profundas consequências sobre o bem-estar do cuidador em termos psicológicos, físicos e financeiros.

As exigências de um cuidador familiar intensificam-se com a progressão da doença e principalmente na fase terminal. Os cuidadores familiares desempenham um papel vital ao permitirem que pessoas com doenças avançadas permaneçam em casa quando estão em fase terminal, evitando maior sofrimento do doente e da família ao vê-los hospitalizados.

A família cuidadora continua a ser a fonte mais comum de cuidados de longa duração para idosos e permite ao doente terminal morrer em casa junto daqueles que lhe estão mais próximos.

Reconhece-se atualmente a necessidade da família estar ativamente envolvida no processo de cuidados, o que representa um valor que faz parte de algumas culturas, pelo que os doentes e as suas famílias têm o direito de estar plenamente informados e de receber informações precisas e adequadas que permitam a sua compreensão.

Também se pode concluir que a comunicação efetiva pode ser prejudicada por dificuldades de linguagem e diversidade cultural pelo que se torna necessário ter conhecimento dos aspetos ético-legais da prestação de informações, assim como se deve estabelecer uma boa relação de entendimento com os familiares.

Quando os familiares quiserem participar nos cuidados, o enfermeiro deve garantir em primeiro lugar o bem-estar do doente, porque em ambientes de alta tecnologia a participação da família pode

ter que ser limitada. Neste sentido, os enfermeiros precisam de negociar com os familiares de diferentes culturas para que uma situação de entendimento possa ser aceitável para ambas as partes.

Uma boa relação com a família e a resolução de conflitos entre profissionais e família, independentemente do ambiente cultural, pode melhorar todo o processo de cuidados.

Os membros da família são recursos que promovem resultados positivos nos cuidados, pelo que se reforça a ideia de que existe uma necessidade de intervenções que incluam os membros significativos da família.

Admite-se atualmente a importância crucial da relação de ajuda no processo de cuidados, sendo preocupação dos enfermeiros a utilização de uma variedade de abordagens no sentido de ajudar o doente a procurar e encontrar sentido na situação que está a viver, isto é, a encontrar algum propósito na vida, no sofrimento experimentado e no próprio processo de morrer.

A consciência da ajuda do enfermeiro, no que diz respeito ao reconhecer e apreciar as crenças e valores do doente, que podem ser diferentes dos seus, é fundamental para que o mesmo possa compreender a dimensão da espiritualidade e a sua influência na procura do sentido da vida, onde se pode incluir a dimensão da religião.

A intervenção de enfermagem "*mostrar disponibilidade*" foi identificada como essencial no processo de cuidados a doentes que apresentam angústia espiritual. O fator disponibilidade do enfermeiro considera-se um aspeto importante a ter em conta quando se pretende estabelecer uma relação enfermeiro/doente com base terapêutica. Os cuidados exigem tempo, o tempo que não é passividade ou indiferença, é a participação no caminho da pessoa. A disponibilidade é um fator que facilita o encontro com o outro num determinado tempo.

Os enfermeiros mostram disponibilidade e prestam apoio emocional através de algumas estratégias que caracterizam os processo de interação, quer seja verbalmente, com declarações próprias ou mostrando empatia, incentivo, simpatia e consideração, ou mesmo de forma não-verbal, pelo toque ou pela proximidade.

É necessário o reconhecimento de que os cuidados que se enquadram no domínio da espiritualidade são dinâmicos, não são entidades fixas, aprendidas através da experiência e da socialização, são moldados pelo processo de interação social em contextos específicos e também por perspectivas teóricas.

Existem algumas dimensões que os enfermeiros devem considerar quando prestam cuidados. Em primeiro lugar está a sensibilidade, que é o grau de disponibilidade e abertura dos enfermeiros às perguntas dos doentes. É importante que os enfermeiros tenham a capacidade de identificar o que merece destaque e o que é comum.

Diretamente relacionado com a sensibilidade está o discernimento, ou seja, o alcance rápido do significado das interrogações dos doentes, o que implica que a resposta seja de acordo com o significado da pergunta e não com a forma da pergunta. Outra dimensão é a clareza, que é a capacidade de ser explícito quando necessário, sem dar ênfase indevido a questões menores.

Solicitar o apoio dos ministros dos diferentes cultos é uma indicação que os enfermeiros nos referiram quando indicavam os cuidados necessários, tendo em conta o diagnóstico de angústia espiritual. Os enfermeiros devem deixar o indivíduo revelar as suas crenças e os seus valores e devem usar as suas capacidades de avaliação para reconhecer as preferências de cada indivíduo, quando se pretende contribuir para a satisfação das suas necessidades espirituais.

Na dimensão espiritual, encaminham-se os doentes para o líder espiritual, reza-se, respeitam-se as suas crenças e práticas religiosas, fomenta-se a fé, promove-se a esperança, proporciona-se música,

ouvem-se os doentes com atenção, falando-se com eles e apoiando-os, respeitando sempre a sua privacidade e dignidade.

A esperança é um sentimento a valorizar pelos enfermeiros quando planeiam cuidados. As necessidades de ser reconhecido como pessoa, de reconciliação com a própria vida e com outros significativos, da busca do sentido, da transcendência e da esperança podem ser satisfeitas através dos cuidados espirituais e cabe aos enfermeiros desenvolver respostas neste âmbito.

Com muita frequência os doentes enfrentam a fase final da sua vida e tentam transformá-la num período de esperança ao contrário de desistirem de viver, pelo que a esperança do doente terminal vai para além da expectativa de cura e tem que ser valorizada neste contexto.

Os profissionais da saúde não devem esperar que os doentes sejam exageradamente realistas, pois pelo facto de apresentarem esperança poderá ser a forma que encontraram para lutar contra a ideia de que o fim da sua vida está a chegar.

É indiscutível a importância de promover a esperança não só nos doentes, mas também nos profissionais da saúde para que estes sejam os principais promotores dessa esperança, em vez de menosprezarem essa capacidade que os doentes terminais manifestam.

Existe uma correlação positiva entre espiritualidade e o nível de esperança pelo que a espiritualidade é considerada como um preditor significativo da esperança. A espiritualidade é um aspeto central que assume um significado diferente em comparação com outras áreas da saúde. Neste contexto a espiritualidade não se estabelece a nível de esperança para a sobrevivência, mas por algo mais rico e significativo: uma aceitação pacífica da vida, do seu começo e fim.

Os enfermeiros quando lidam com os doentes e com as suas famílias têm necessidade de se adaptar à respetiva cultura para evitar conflitos, devendo existir um equilíbrio entre as diferenças culturais do

enfermeiro e da família, a fim de que o processo de cuidados não seja prejudicado.

Nas competências dos enfermeiros devem incluir-se os conhecimentos sobre a diversidade cultural dos utentes. Os aspetos culturais são aspetos a ter em conta quando é necessário informar os doentes sobre o seu processo de cuidados. Os doentes e as suas famílias têm o direito à informação compreensível sobre a sua situação de doença.

A reconciliação familiar torna-se um fator importante a considerar quando um doente está em fase final a sua vida. O conceito do perdão envolve o sentido da necessidade de reconciliação, o que contribui para aliviar sentimentos que tenham ficado de conflitos anteriores, nas relações dos doentes com as suas famílias. Assim, na fase final de vida os prestadores de cuidados têm a oportunidade de fomentar bases de relacionamento para um entendimento entre os doentes e as suas famílias.

Durante os vários processos de doença é importante que as pessoas exponham os seus sentimentos e, para isso, nada melhor do que partilhar a experiência com pessoas que estão a passar pela mesma situação, isso possibilita a troca de experiências, de dúvidas, a discussão de aspetos sociais, emocionais e físicos. Este facto mostra-se como um suporte importante para os doentes e famílias, tornando-os mais dispostos a enfrentar a doença, promovendo a sua autoestima e ajudando-os a não desistir da vontade de querer vencer.

## 6 - CONCLUSÃO

O relatório do trabalho de pesquisa realizado representa o contributo possível para um conhecimento mais aprofundado da participação dos enfermeiros no diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem que se relacionam concretamente com uma das dimensões do ser humano até hoje menos estudada no âmbito da saúde e da enfermagem em particular: a dimensão espiritual.

Com este estudo percebemos, de forma mais aprofundada, a participação dos enfermeiros no diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem que se relacionam com a dimensão espiritual do ser humano. Concretamente identificámos os indicadores que estão presentes no processo de construção do diagnóstico de "angústia espiritual" e as intervenções de enfermagem que poderão ser implementadas num processo de cuidados de saúde.

As considerações teóricas apresentadas e o resultado do estudo empírico empreendido representam o contributo para um conhecimento mais aprofundado da participação dos enfermeiros no diagnóstico, planeamento de cuidados de enfermagem que se relacionam concretamente com a dimensão espiritual do homem. O estudo realizado visou esclarecer como é que os enfermeiros chegaram ao diagnóstico de "angústia espiritual" e que intervenções de enfermagem implementaram face ao diagnóstico encontrado.

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010, alerta para a necessidade de se prestar atenção à dimensão espiritual e religiosa do ser humano dado a "deficitária integração desta dimensão nos cuidados de saúde prestados" e o facto de algumas contingências condicionarem a resposta a esta preocupação dos enfermeiros, como sejam as deficientes

condições de internamento, o progresso da medicina e da prática dos cuidados de saúde, tornam cada vez mais difícil a criação de relações que respeitem o doente como sujeito de espiritualidade e que levam a uma desvalorização desta dimensão e à sua consideração como extrínseca aos cuidados de saúde.

A visão holística do ser humano pressupõe uma assistência integral em que se exige que a dimensão espiritual e religiosa dos doentes seja valorizada nos cuidados prestados, pelo que se deve considerar que na formação dos enfermeiros, pré-graduada e pós-graduada, os cuidados espirituais sejam devidamente aprofundados.

As questões orientadoras do estudo foram sobretudo relacionadas com o processo de diagnóstico e com as intervenções específicas de enfermagem no contexto atual dos cuidados de saúde que são prestados a uma pessoa em situação de internamento hospitalar.

A construção do conhecimento foi realizada com o recurso a um período de observação e com a implementação de estratégias de investigação-ação num serviço de internamento de um hospital.

A investigação inseriu-se num enquadramento teórico inicialmente interdisciplinar, predominando uma orientação teórica da área científica de enfermagem e da espiritualidade, para consubstanciar a construção de propostas para um modelo de conceção de cuidados de enfermagem à pessoa doente, concretamente na sua dimensão espiritual.

Foi conseguida uma maior compreensão da dimensão espiritual do ser humano e da sua relação com a enfermagem. Reconhece-se atualmente a complexidade do fenómeno “espiritualidade” sendo que este fenómeno não pode ser tão complexo que não tenha sentido ou tão simples que se torne indiferente à investigação.

No conceito de religião surgem frequentemente seis palavras: sistemas, crenças, organização, pessoa, adoração, práticas. No conceito

de espiritualidade surgem as seguintes palavras: pessoal, vida, princípios, animador, Ser Supremo, qualidade, relação e transcendente.

Verificamos nos vários estudos apresentados que a literatura de enfermagem construiu o conceito de espiritualidade numa ligação entre o discurso científico e o discurso religioso.

Frequentemente, no discurso religioso é usada uma falta de coerência e de profundidade que colocam em risco o emergir do aspeto transcendente do ser humano e no discurso científico é evidente uma falta de precisão e de clareza, que intensifica as características da modernidade e que contribui para uma ausência dos significados que cada ser humano atribui à morte, ao sofrimento ou às perdas.

No conceito de espiritualidade verificamos a existência de termos importantes como o de saúde, família, cultura, transcendência, crenças entre outros.

A palavra espiritualidade pode ser interpretada de formas diferentes para cada indivíduo, no entanto, também existe uma singularidade e uma originalidade na forma como percebemos individualmente o conceito.

A espiritualidade é uma misteriosa e complexa dimensão da nossa existência humana, que envolve aspetos na vida diária que são profundamente pessoais e sensíveis, como a religião ou a filiação religiosa e é tão mais complexa quanto mais envolve aspetos da vida na sua interligação com as crenças, os valores e a cultura.

Os mais variados autores desta área realizaram estudos sobre a espiritualidade que se alicerçam na concetualização e na relação entre profissionalização e a formação por um lado ou na espiritualidade e nas suas formas plurais e nos contextos por outro.

Da nossa reflexão sobre esta problemática ressalta que os estudos na área da espiritualidade estão agora a desenvolver-se num clima de secularismo, não se desprezando a importância da dimensão religiosa do ser humano e que a espiritualidade tem formas de expressão

individual que enformam comportamentos individuais e formas de expressão coletivas que caracterizam comportamentos coletivos, dando assim contributos essenciais para os mecanismos que facilitam a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias.

A espiritualidade veio dar significado a algumas interrogações humanas muito ligadas aos valores, a uma visão do espírito, a alguns estilos de vida, veio dar significado a algumas crenças da relação do ser humano com Deus, com a natureza, com a beleza, com a arte, veio dar significado às crenças que se expressam em práticas religiosas, veio dar contributos importantes na compreensão da origem e da manutenção de comunidades sociais e religiosas e veio fornecer avanços importantes na compreensão de muitos comportamentos individuais e coletivos.

O estudo da área da espiritualidade em qualquer perspetiva é sempre incompleto dado que as vivências resultam de tradições culturais, de experiências individuais ou de práticas de grupos de pessoas em contextos muito específicos e centradas num determinado tempo e lugar.

As pesquisas na área da espiritualidade não apontam para a questão do estudo de um conceito abstrato, com um significado puramente lógico ou que deriva de princípios científicos, não é uma matéria onde se defenda ideologicamente uma ideia pura de um conceito de espiritualidade, mas onde se estudam concretamente algumas particularidades do comportamento humano contextualizado por uma multiplicidade de fatores.

Verificamos em alguns estudos realizados por enfermeiros americanos que a relação entre espiritualidade e religião é muito forte, contudo fomos percebendo quer na pesquisa teórica realizada quer no decurso do processo de recolha de dados, que a religião é um recurso muito importante para algumas pessoas quando vivem situações de sofrimento e sobretudo de sofrimento relacionado com a doença ou quando se aproxima a fase final da vida.

A espiritualidade manifesta-se, pelo menos, em três domínios: os domínios da “prática”, das “crenças” e da própria “experiência espiritual”. Na “prática”, quando se exercita a contemplação, a meditação, a prece ou uma atividade de culto religioso, no domínio das “crenças” espirituais, onde se inclui a influência da cultura dos povos, a crença na existência de Deus, da alma, da vida após a morte e da realidade da dimensão espiritual para além do nosso conhecimento sensorial e intelectual; e no domínio da “experiência espiritual” incluem-se as vivências rotineiras, representadas pelo encontro íntimo e pessoal que cada um faz com o transcendente e com o sagrado ou acontecimentos na vida que lhe provocam uma forte transformação.

Os enfermeiros só poderão prestar cuidados espirituais se eles próprios examinarem, em primeiro lugar, as suas convicções e, ainda, quando descobrirem os princípios que orientam as suas próprias vidas.

As pessoas que experimentaram experiências próximas da morte apresentam uma sensibilidade mais apurada na sua dimensão espiritual, têm uma vivência do amor diferente, referem uma aproximação mais intensa a um Ser Supremo ou a Deus, têm necessidades espirituais mais marcadas e procuram uma melhor forma para descobrir o sentido da vida no futuro.

Os cuidados de enfermagem pressupõem uma perspetiva holística, que inclui aspetos físicos, aspetos mentais, sociais e espirituais do funcionamento humano, devendo o enfermeiro ser competente para intervir a um nível físico, mental, social e espiritual.

As competências que o enfermeiro necessita de desenvolver para a assistência espiritual, relacionam-se com o facto de ser capaz de recolher informações sobre a espiritualidade do doente de forma a identificar as suas necessidades, saber discutir com os doentes e equipa de técnicos de saúde que tipo de assistência espiritual é planeada, executada e avaliada, ser capaz de proporcionar assistência espiritual e de avaliar a assistência espiritual, com o doente e equipa.

As competências devem ainda alargar-se aos seguintes aspetos: ser capaz de lidar com seus próprios valores, convicções e sentimentos, ser capaz de desenvolver um quadro de relações profissionais com os doentes que demonstrem diferentes crenças e religiões e de abordar o tema da espiritualidade com doentes de diferentes culturas.

Verificamos que os enfermeiros apontaram, como aspetos essenciais de apreciação, as características definidoras do diagnóstico de angústia espiritual e sugeriram um conjunto de intervenções, que consideram adequadas para incluir no processo de cuidados de pessoas que apresentam esta situação.

Verificamos com este estudo que surge reforçada a visibilidade que os enfermeiros precisam atribuir aos cuidados que prestam. O conteúdo deste tipo de cuidados e o tempo que é necessário dedicar-lhes não tem sido devidamente valorizado pelos próprios enfermeiros e pelos restantes profissionais da equipa de saúde.

As intervenções que parecem simples poderão ter um peso extraordinariamente importante no processo de cuidados. Os vários contextos de cuidados de saúde proporcionam processos de relação entre utentes e profissionais, onde a tecnologia se pode transformar numa tecnologia sem vida se não houver a presença de profissionais motivados e conscientes do seu próprio valor e do valor de todos os utentes.

É necessário que todos os membros da equipa de saúde saibam lidar com os diversos talentos e competências e usar o potencial de cada um para que o consigam transformar num potencial maior que sirva os interesses e as necessidades dos utentes das diversas organizações de saúde.

Verificamos a grande necessidade de formação avançada nesta área de cuidados para que os enfermeiros possam valorizar ou implementar intervenções da área da espiritualidade.

### ***As limitações da investigação:***

---

A avaliação rigorosa dos resultados e da potencial contribuição desta investigação para o corpo teórico de conhecimentos da disciplina de enfermagem e da prática de cuidados, com vista à consequente utilização dos mesmos, exige que sejam explicitadas, de forma clara e tão pormenorizada quanto possível, as diversas limitações que foi inevitável impor à investigação, bem como as que foram detetadas ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Como em todos os estudos que têm um horizonte temporal definido para a sua execução é necessário estabelecer limites com vista ao cumprimento dos prazos impostos. Esta investigação não é exceção, pelo que foi necessário impor restrições relativamente ao tempo de operacionalização de todo o processo investigativo, e o processo de recolha de informação foi marcado por muitos momentos de indisponibilidade manifesta de participação de alguns intervenientes neste processo. Estes dois aspetos constituíram-se como duas proeminentes limitações.

A não utilização da investigação-ação pura, como metodologia de investigação, tornou-se numa limitação que exige que os resultados sejam considerados apenas para o contexto deste estudo, necessitando-se de mais estudos na área, a fim de que estes mesmos resultados possam ser comparados e se recolham as evidências necessárias, a fim de contribuirmos para o avanço da ciência de enfermagem.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho foi possível inferir que a realização de intervenções de enfermagem em situações concretas de cuidados, não foram suficientemente exploradas e algumas intervenções foram referidas pelos enfermeiros com pouca frequência.

Como em qualquer estudo, as limitações podem e devem ser olhadas como oportunidades para melhorar o trabalho efetuado, pelo que devem ser valorizadas em investigações futuras.

### ***Implicações do estudo para a prática de cuidados de enfermagem:***

---

Com este estudo surge reforçada a visibilidade dos enfermeiros no sistema de saúde.

O conteúdo próprio dos cuidados espirituais e o tempo que é necessário dedicar-lhes deverá passar a ser mais valorizado pelos próprios enfermeiros e pelos restantes profissionais da equipa de saúde.

O diagnóstico de angústia espiritual poderá fazer parte dos planos de cuidados de enfermagem em qualquer unidade de cuidados de saúde.

As intervenções de enfermagem relacionadas com o diagnóstico referido e que à partida poderão parecer comuns e demasiado simples revestem-se de um peso extraordinariamente importante no processo de cuidados.

O trabalho de investigação realizado produziu conhecimentos sobre a prática de cuidados que facilita a criação de soluções para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem voltados para o futuro e desejável para os intervenientes.

Deste estudo sai reforçada a autonomia e a responsabilidade dos enfermeiros na prática clínica e aumentada a oportunidade de um desenvolvimento profissional, envolvendo aspetos relevantes da vida da pessoa, como seja a sua dimensão espiritual.

Verificou-se uma colaboração entre o investigador e os restantes intervenientes do processo de investigação que facilita as relações de trabalho e aproxima os contextos das práticas profissionais da própria academia.

O estudo mostrou, ainda, como estratégias de investigação-ação podem contribuir para identificar e resolver problemas relacionados com as práticas profissionais em enfermagem.

Assim, consideramos que é importante:

- Assegurar que todos os participantes tomem conhecimento dos resultados a que chegámos neste estudo.

- Participar na formação contínua da equipa de enfermagem com abordagens da temática que desenvolvemos nesta investigação.

- Sugerir que a dimensão da espiritualidade seja um aspeto a considerar nos planos de intervenção que os grupos de trabalho estão desenvolver no sentido de melhorar a prática de cuidados.

- Motivar os enfermeiros da Unidade onde foi realizada a pesquisa para a continuação do trabalho de investigação, retomando os ciclos da investigação-ação.

### ***Implicações do estudo para o ensino da enfermagem:***

Na atualidade é reconhecida a evolução do ensino da Enfermagem em Portugal e o contributo que muitos enfermeiros têm fornecido para o seu desenvolvimento no seio das ciências da saúde.

Este trabalho de pesquisa permitiu-nos verificar que a construção do conhecimento depende não só da relação entre o sujeito cognoscente e o objeto de estudo, mas sim da triangulação entre o sujeito, o objeto e o estado do conhecimento. Ou seja, a elaboração do conhecimento científico depende também da influência do estado da arte e não apenas do pesquisador e da sua capacidade de interpretar um dado empírico. Ora, será importante que no ensino se trabalhem estes aspetos relacionados com os objetos de estudo: o que se sabe sobre o assunto e o treino de competências de observação e interpretação da realidade.

O desenvolvimento da responsabilidade para o exercício de uma profissão como a de enfermagem envolve uma intrincada combinação de conhecimentos, capacidades, interesses e atitudes. Este desenvolvimento depende, entre outros elementos, de experiências curriculares adequadas, nomeadamente, da análise e discussão de situações concretas observadas na realidade socioprofissional. Ora, este estudo contribui para que se

possam estudar situações reais de cuidados em comparação com o que outros enfermeiros investigaram sobre o assunto analisado.

Com este estudo também é possível identificar um conjunto de competências a desenvolver no ensino pré-graduado e pós-graduado.

Assim, consideramos que é importante:

- Propor a integração destas temáticas no curriculum do curso de licenciatura e cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem.

- Propor uma disciplina de Opção -“Espiritualidade e Saúde”, para oferecer aos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem.

- Divulgar esta área de cuidados de enfermagem em reuniões científicas.

- Colaborar com as Instituições de Ensino Superior que desenvolvem esta área de cuidados na reflexão e em projetos de desenvolvimento, relacionados com a dimensão da espiritualidade.

### ***Implicações do estudo para a investigação:***

A sociedade espera dos profissionais da área da saúde que, com base na ciência, a dimensão espiritual seja abordada honestamente e se desmistifique o sentido do charlatanismo que por vezes lhe está associado. Embora, as relações entre espiritualidade e cuidados de saúde já estejam na ordem do dia das pesquisas nesta área, há um longo caminho a percorrer.

Consideramos que esta investigação teve como contributo importante trazer para a análise da comunidade científica, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem referentes à dimensão espiritual do ser humano.

Com o recurso às estratégias de investigação-ação os estudos não se limitam a uma forma de ação, mas pretendem aumentar o conhecimento dos investigadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das

peças envolvidas. O que distingue este tipo de pesquisa, das tentativas de desenvolvimento das práticas profissionais sem investigação, é a ênfase que é dada ao trabalho científico, que obriga o investigador a estudar o problema sistematicamente e garantir que a intervenção seja baseada em considerações teóricas.

Este estudo mostrou que a investigação das práticas profissionais exige uma intensa participação dos intervenientes e uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e as pessoas implicadas na situação investigada. Desta interação resultará sempre a percepção tão correta quanto desejável de uma ordem de prioridade de problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta.

Com este estudo podemos perceber melhor como o objetivo da investigação-ação consiste em resolver ou, pelo menos, esclarecer os problemas da situação observada.

Assim, consideramos que é importante:

- Propor o desenvolvimento do estudo a um grupo de investigação que esteja interessado no desenvolvimento dos cuidados espirituais.
- Disponibilizarmo-nos para o desenvolvimento de investigação em grupos alargados de âmbito nacional para que a evidência científica nesta área de cuidados surja com mais visibilidade.
- Alargar a pesquisa aos restantes diagnósticos da dimensão espiritual do ser humano.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the origins of the action research. *Educational Action Researcher*, 1 (1), 7-25.
- Afonso, Natércio (2005). *Investigação naturalista em educação: Um guia prático e crítico*. Lisboa: ASA Editores.
- Alarcão, I. (2001). Professor-investigador: Que sentido? Que formação? - *Cadernos de Formação de Professores*, nº 1, p. 21-30.
- Albuquerque, M. et al. (2009). O domínio de Si – A experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Revista Referência*. II Série – n.º 9. Pp. 27 – 33.
- Alexander, H.A., (2003). *Jewish education in extremis: A prolegomenon to postmodern Jewish educational thought*. *Religious Education*, 98(4): p. 471-493.
- Allen, D.G. (1995). *Hermeneutics - Philosophical Traditions and Nursing Practice Research*. *Nursing Science Quarterly*, 8(4): p. 174-182.
- Allen, D.G.; P.K. Hardin, (2001). *Discourse analysis and the epidemiology of meaning in Nursing Philosophy*. Blackwell Publishing Limited. p. 163-176.
- Almeida, Leandro S. ; Freire, Teresa (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 3ª edição. Braga: Psiquilibrios.
- Amatuzzi, Mauro Martins. (1999). Religião e sentido de vida: um estudo teórico. *Temas psicologia*, vol.7, n.2, pp. 183-190. ISSN 1413-389X.
- Amendoeira, José ( 2006). *Uma biografia partilhada de enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Amenta, M.O. (1986). Spiritual concerns. In M. O. Amenta & N. Bohnet (Eds.) *Nursing care of the terminally ill*. Boston: Little, Brown.
- Anderson, M., P.J. Standen, Noon, J.P. (2005). Social Semiotic Interpretation of Suicidal. Behaviour in Young People. *Journal of Health Psychology*, Sage Publications, Ltd. p. 317-331.
- Angerami-Camon, Valdemar Augusto (2002). *Novos rumos na psicologia da saúde*. S. Paulo: Pioneira Thomson Learning Ida.
- Anjos, Maria (2005). *Nas mãos de Deus*. Mem Martins: Livros de Vida Editores.

- Back, Anthony L. et al., (2009). Abandonment at the End of Life From Patient, Caregiver, Nurse, and Physician Perspectives. *Arch Intern Med*, 169, 5 pp. 474-479.
- Bainbridgeab, D.; Kruegerb, P. L. L.; Brazilb, K. (2009). Stress processes in caring for an end-of-life family member: Application of a theoretical model. *Aging & Mental Health*. Vol. 13, No. 4, July, 537–545.
- Bathgate, D., (2003). Psychiatry, religion and cognitive science. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3): p. 277-285.
- Barbier, J.M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnum, B.S. (1996). *Spirituality in nursing: From traditional to new age*. New York: Springer.
- Bar-On, Reuven; Parker, James D. A. (2002). *Manual de inteligência emocional: Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. S. Paulo: Artmed Editora
- Barton, S.S. (2004). Narrative inquiry locating Aboriginal epistemology in a relational methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 45(5): p. 519-526.
- Baskerville, R. (1999). Investigating Information Systems with Action Research. *Communications of the Association for Information Systems*, vol.2 (19), Oct.
- Basto, M.L. (1995). Challenges of nurses' professional behaviour change process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9 (2): 113-118
- Belcher, A. (2009). Faculty Matters. *Nursing Education Perspectives*, 30(6), 350-351.
- Bermejo, José Carlos (1998). *Apuntes de relación de ayuda*. Santander: Sal Terrae.
- Bermejo, José Carlos (2005). *Estoy en duelo*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud.
- Bermejo, José Carlos (2005). *Inteligencia emocional. La sabiduría del corazón en la salud y en la acción social*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud.
- Bermejo, José Carlos; Petrillo S., Francisco (SD). *Aspetos espirituales en los cuidados paliativos*. Madrid: Clínica Família.
- Betts, C.E., (2005). Progress, epistemology and human health and welfare: what nurses need to know and why. *Nursing Philosophy*, Blackwell Publishing Limited, p. 174-188.
- Bolander, Verolyn (1998) – Luckmann e Sorensen – *Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

- Bonhote, K., Romano-Egan, J., & Cornwell, C. (1999). Altruism and creative expression in a long-term older adult psychotherapy group. *Issues In Mental Health Nursing*, 20(6), 603-617.
- Braga, Eliana Mara; Silva, Maria Júlia Paes. (2007) Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta paul. enferm.*, Dez 2007, vol.20, no.4, p.410-414. ISSN 0103-2100.
- Brant, Luiz Carlos; Minayo-Gomez, Carlos (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência. saúde coletiva* [online]. vol.9, n.1, pp. 213-223. ISSN 1413-8123.
- Brawer, P.A., et al. (2002). Training and education in religion/spirituality within APA-accredited clinical psychology programs. *Professional Psychology-Research and Practice*, 33(2): p. 203-206.
- Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. (1985). Dealing With Spiritual Concerns of Clients in the Community. *Journal of Community Health Nursing*, 2(4), 191.
- Cahana, A., Arigoni, F., & Robert, L. (2007). Attitudes and beliefs regarding the role of interventional pain management at the end-of-life among caregivers: a 4-year perspective. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 7(2), 103-109.
- Caldeira, Sílvia; Branco, Zita Castelo; Vieira, Margarida (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 5 - Dez. p.p.145-152.
- Canesqui A.M., Barsaglini, R.A., Yoshino, N.L., Campos, E.A. (2007). Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. *Canesqui AM [Org]. Olhares socio antropológicos sobre os adoecidos crônicos*. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carpenito, Lynda Jual (1997). *Diagnósticos de enfermagem. Aplicação à prática clínica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Carpenito-Moyet, Lynda Jual (2005). *Diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Carpenito-Moyet, Lynda Jual (2008). *Manual de diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Carr, D. (2004). *Spiritual education: Cultural, religious and social differences: New perspectives for the 21st century*. *Studies in Philosophy & Education*, 23(4): p. 313.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1985). *Becoming Critical: education, knowledge and action research*. London: Falmer Press.

- Carroll, B. (2001). A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 2001 Mar; 6 (1): 81-98.
- Carson, A.M. and G.J. Fairbairn, (2002). The whole story: towards an ethical research methodology. *Nurse Researcher*. RCN Publishing Company Limited. p. 15.
- Carvalho, Mário Santiago (2008). Viver segundo o espírito. *Revista Portuguesa de Filosofia*. Braga, Jan./Mar., vol. 64, (1), p.p. 19-51.
- Cascais, A. F.; Martini, J.; Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Jan-Mar; 16(1): 163-7.
- Castro, Vanda D; CAR, Marcia R. (2000). O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev.Esc.Enf.USP*, Jun. 34, n. 2, p. 145-53.
- Cassidy, S. (1988) Sharing the Darkness. *The Spirituality of Caring*. London: Darron, Longman and Todd.
- Chan, C., H. Petula Sik Ying, and E. Chow (2001). A Body-Mind-Spirit Model in Health: An Eastern Approach. *Social Work in Health Care*, 34(3/4): p. 261.
- Cheryl, H. (2004). Alienation: A Concept for Understanding Low-Income, Urban Clients. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*, 43(2), 188-196.
- Chestov, Leão (1960). *As revelações da morte*. Trad. De Jorge Sena. Lisboa: Livraria Moraes Editora.
- Cobb, M. A. R., (eds.) (1998). *The Spiritual Challenge of Health Care*. London: Churchill Livingstone.
- Colliton, M (1981). The spiritual dimension of nursing. *Clinical Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Macmillan.
- Conrad, N.L. (1985). Spiritual support for the Dying. *Nursing Clinics of North America*, June 20 (2): p.p. 415-427.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cornelissen, Hanns (2002). *O fator Deus. Fé e ciência*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Cunha, Jorge Teixeira da (2002). *Bioética breve*. Apelação: Paulus Editora.
- Curtis, J.R. (2006). Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Critical Care Medicine*, Jan, Vol. 34 Issue 1, p.p. 211-218.
- Deeken, A. (2009). An inquiry about clinical death considering spiritual pain. *The Keio Journal of Medicine*, 58(2), p.p. 110-119.

- Derrida, J. (1998). Faith and Knowledge, in J. Derrida and Vattimo (eds) *Religion*. Cambridge: Polity
- DiJoseph, J., & Cavendish, R. (2005). Expanding the Dialogue on Prayer Relevant to Holistic Care. *Holistic Nursing Practice*, p.p. 147-155.
- Dossey, B.M., Guzzetta, C.E. (2000). *Holistic nursing: a handbook for practice*. 3th ed. Rockville, MD: Aspen.
- Dossey, Larry (2001). *Palavras que curam*. Cascais: Sinais de Fogo.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), p.p. 1183-1188.
- Duque, João Manuel (2011). *Fronteiras: Leituras Filosófico-teológicas*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Durant, Will (1996). *A história da filosofia*. Rio de Janeiro: Editora Nova Cultural.
- Edwards, C.; Titchen, A. (2003). Methodological Issues in Nursing Research: Research into patients perspectives: relevance and usefulness of phenomenological sociology. *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing Limited. p.p. 450-460.
- Egan, R., MacLeod, R., Jaye, C., McGee, R., Baxter, J., & Herbison, P. (2011). What is spirituality? Evidence from a New Zealand hospice study. *Mortality*, 16(4), p.p.307-324. doi:10.1080/13576275.2011.613267
- Elkins, M., & Cavendish, R. (2004). Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holistic Nursing Practice*, 18(4), p.p. 179-184. Retrieved from EBSCOhost.
- Epicurus (1970). *The Extant Remains*. Nova Iorque: Gerg Olms Verlag.
- Epple, D.M., (2003). Encounter with Soul. *Clinical Social Work Journal*, 2003. 31(2): p. 173.
- Estrela, Albano (1994). *Teoria e prática de observação de classes: Uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Ferreira, C. B; Almeida, A. M. e Rasesa, E F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Comunicação, Saúde e Educação*. V.12, n.27, p.p. 863-871, out./dez.
- Fitchett, George (2002). *Assessing spiritual needs. A guide for caregivers*. Lima: Academic Renewal Press.
- Fitzgerald, J. (1987) 'The Chaplain's Role: Pastoral Aspects of Palliative Care', *Horizons*, Spring: p.p. 14-15.
- Flick, U., (2002). Qualitative research - state of the art. *Social Science Information Sur Les Sciences Sociales*, 2002. 41(1): p.p. 5-24.

- Flick, Uwe (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor
- Fowler, M., Peterson, B.S. (1997). Spiritual theme in clinical pastoral education. *Journal of training and supervision in ministry*, 18, p.p. 46-54.
- Frankl, Viktor (2012). *O homem em busca de sentido*. Alfragide: Lua de Papel.
- Frankl, Viktor (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Frankl, Viktor (2005) - *Um psicólogo no campo de concentração*. Lisboa: Veja.
- Fry, A.J., (1997). *Spirituality: Connectedness Through Being and Doing*, in *Spirituality: the Heart of Nursing*, S. Ronaldson, Editor, Ausmed: Melbourne.
- Frid, I.; Bergom I.; FRID I., (2000). On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing Limited. p.p. 695-703.
- Galek, K., Flannelly, K., Koenig, H., & Fogg, S. (2007). Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality. *Healthcare settings. Mental health, religion & culture* , p.p. 363-377.
- Gaskins, Susan (1995). The Meaning of Hope. Implications for Nursing Practice and Research. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 21, n. ° 3, p.p. 17-24.
- Garrard, E., & Wrigley, A. (2009). Hope and terminal illness: false hope versus absolute hope. *Clinical Ethics*, 4(1), 38-43.
- Gauthier, J.H.M et al. (1998). *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicativas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Geada, Manuel (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV): 191-201.
- Geanellos, R. (2000). Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*. Blackwell Publishing Limited, p.p.112-119.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' [sic] felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), p.p. 2418-2425.
- Gir, Eludir; Reis, Renata K. (2001). Alterações no estilo de vida, necessidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de AIDS, no âmbito do domicílio. *Rev Esc Enferm, USP*, 35(4): p.p. 328-35.

- Giske, T., & Gjengedal, E. (2007). Preparative waiting and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), p. 87.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., Devoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and Depression among Caregivers of Patients with Cancer at the End of Life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), p.p. 1105-1117. doi:10.1188/04.ONF.1105-1117
- Gonzalez, M<sup>a</sup> Teresa Martin (coord) (2000). *Planificación y Diseño de Proyectos en Animación Sociocultural*. Madrid: Sanz y Torres.
- Gravett, Sarah (2004) Action research and transformative learning in teaching development. *Educational action research*, 12 (2): p.p. 259-272.
- Gullatte, M. (2006). The influence of spirituality and religiosity on breast cancer screening delay in African American women: application of the Theory of Reasoned Action and Planned Behavior (TRA/TPB). *ABNF Journal*, 17(2), p.p. 89-94.
- Gun, J. (1996). Jacob L. Moreno and the origins of action research. *Educational Action Research*, 4 (19), p.p. 145-148.
- Hamner, M.L. (1991) Editorial: Spiritual Needs: A Forgotten Dimension of Care, *Journal of Gerontological Nursing*, 16 (12): p.p. 3-4.
- Harandy, T., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Anoosheh, M., Bazargan, M., Mohammadi, E., & ... Niknami, S. (2010). Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care for Women International*, 31(1), p.p. 88-98. doi: 10.1080/07399330903104516.
- Hardin, P.K. (2001). *Theory and language: locating agency between free will and discursive marionettes*, in *Nursing Inquiry*. Blackwell Publishing Limited. p.p. 11-18.
- Heelas, P., and Woodhead, L. (2005), *The Spiritual Revolution: why religion is giving way to spirituality*. Oxford: Blackwell.
- Helminiak, D.A. (2001). *Treating Spiritual Issues in Secular Psychotherapy*. Counselling and Values, vol. 45.
- Henery, Neil. (2003) Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. *Journal of Advanced Nursing*, Jun, Vol. 42 (6), p.p. 550-557.
- Herth, Kaye. (1993) – Hope in Older Adults in Community and Institutional Settings. *Mental Health Nursing*. Vol.14, n°2, p.p. 139-156.
- Hexem, K. R., Mollen, C. J., Carroll, K., Lanctot, D. A., & Feudtner, C. (2011). How Parents of Children Receiving Pediatric Palliative Care Use Religion, Spirituality, or Life Philosophy in Tough Times. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), p.p. 39-44. doi:10.1089/jpm.2010.0256

- Hirai, K., Morita, T., & Kashiwagi, T. (2003). Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *Palliative Medicine*, 17(8), p. 688.
- Høye S. & Severinsson E. (2010) Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(4), p.p. 858–867. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x
- Holter, I. M.; Schwartz-Barcott, I. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, p.p. 298-304.
- Hodge, D.R., (2005). Spirituality in Social Work Education: A Development and Discussion of Goals that Flow from the Profession's Ethical Mandates. *Social Work Education*, 24(1): p. 37.
- Housemen, R. & Hendrix, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics*, 10(4), p.p. 377-387.
- Illice, Ivan (1977). *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Bandeira Editora.
- International Work Group on Death, Dying, and Bereavement (1990). Assumptions and principles of spiritual care. *Death Studies*. 14(1):75-81.
- Jack, M. (1987). *Spiritual Care of the Dying Adult*. *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. Philadelphia: Sandes.
- Jaspard, Jean-Marie (2004). Significação religiosa do sofrimento e posição psicológica na fé. *Universit  Catholique de Louvain-la-neuve, Psicologia USP*, 2004, 15(3), p.p. 191-212.
- Johnson, Marion et al. (2005). *Diagnósticos, resultados e interven es de enfermagem. Liga es entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Johnson, S. (2007). Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(9), p.p. 451-459.
- Jurkowski, J. M., Kurlanska, C., & Ramos, B. M. (2010). Latino Women's Spiritual Beliefs Related to Health. *American Journal of Health Promotion*, 25(1), p.p. 19-25.
- Kalian, M.K.; Parker, S., (2001). A Wesleyan spirituality: Implications for clinical practice. *Journal of Psychology and Theology*, 29(1): p.p. 72-80.
- Kant, I (1960). *Religion within the limits of pure reason*. New York: harper and Row.
- Karner A., Dahlgren, M.A. & Bergdahl, B. (2004). Coronary heart disease: causes and drug treatment – spouses conceptions. *Journal of Clinical Nursing*. N  13, p.p. 167–176

- Karp, David A. (2002). *Diz-me: porque estás triste?*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Kemmis, S. (1982). Action research in retrospect and prospect. In S. Kemmis & R. McTaggart (Eds.), *The action research reader*. Grelong, Victoria, Australia: Deakin University Press.
- Ketterer, M., Rose, B., Knysz, W.; Farha, A.; Deveshwar, S.; Schairer, J., & Keteyian, S. J. (2011). Is social isolation/alienation confounded with, and non-independent of, emotional distress in its association with early onset of coronary artery disease? *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), p.p. 238-247. doi:10.1080/13548506.2010.534486.
- Koenig, Harold G. (1997). *Is the religion good for your health? The effects of religion on physical and mental health*. New York: Haworth pastoral press.
- Koenig, Harold G.; Lawson, Douglas M. (2004). *Faith in the future. Health care, aging, and the role of religion*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H., Pritchett, J. (1998). Religion and psychotherapy. *Handbook of religion and mental health*. (22), San Diego, CA: Academic Press.
- Ku, P., McKenna, J., & Fox, K. (2007). Dimensions of subjective well-being and effects of physical activity in Chinese older adults. *Journal of Aging & Physical Activity*, 15(4), p.p. 382-397.
- Ku, Ya-Lie; Kuo Shih-Ming; Yao, Ching-Yi (2010). Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 16, N° 3, p.p. 133-137.
- Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Kylmä, J. (2005). Despair and hopelessness in the context of HIV – a meta-synthesis on qualitative research findings. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), p.p. 813-821. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01154.x
- Labbé, E. E., & Fobes, A. (2010). Evaluating the Interplay between Spirituality, Personality and Stress. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 35(2), p.p. 141-146. doi: 10.1007/s10484-009-9119-9.
- Laburn, E. (1988). Spiritual Care: An element in nursing care planning, *Journal of Advanced Nursing*, 13: p.p. 314-320.
- Ladaria, F. Luis (2004). *Teología del pecado original y de la gracia*. 2ª edição. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Lackey, N. R., Gates, M. F., & Brown, G. (2001). African American Women's Experiences With the Initial Discovery, Diagnosis, and Treatment of Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), p.p. 519-527.

- Lazarus R.S. (1993) From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. In *Rosenzweig MR. Porter LW (eds), Annual Review of Psychology*, vol. 44. Palo Alto, CA. Annual Reviews. Inc.,
- Lyotard, J.F., (1985). Note on the Meaning of Post. *Postmodernism: A Reader*, T. Docherty, Editor. 1985, Harvester Wheatsheaf: New York. p.p. 47-50.
- Levin, Kurt. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, p.p. 34-46.
- Levin, Kurt. (1952). Group decision and social change. In G. E. Swanson, T. M. Newcomb, & E. L. Harley (Eds.) *Reading in Social Psychology*. New York: Holt.
- Laville, Christian; Dionne, Jean. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: Editora UFMG
- Lévinas, Emmanuel (1993). *Deus, a morte e o tempo*. Coimbra: Almedina.
- Lewin, Kurt. (1965). *Fronteiras na Dinâmica de Grupo. Teoria do Campo em Ciência Social*. São Paulo: Pioneira
- Lopes, Manuel José (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Lourenço, Isabel (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico. Realidade e importância*. Coimbra: Quarteto.
- Louw, D.L.J., (1998). God as Friend: Metaphoric Theology in Pastoral Care. *Pastoral Psychology*, Kluwer Academic Publishing. p.p. 233-242.
- Mackenzie, V. (1992) The Eternal Question: Is there Life after Death? *ITA*, February, p.p. 42-45.
- Mariz, Manuel A. D. (2005). *Sentimentos e significados no consentimento informado*. Coimbra: Formasau.
- Marques, Silvestre A. O. (2006). *Tu não me matarás. Dimensões éticas da reabilitação da pessoa toxicodependente*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Martín, Santiago (2001). *Para que serve a fé*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Mauk, L. kristen; Schmidt, K. Nola (2004). *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkns.
- McCance, T.V., H.P. McKenna, and J.R.P. Boore (2001). Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach. *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing Limited. p.p. 350-356.
- McGinnes, Alison; Easton, Sarah; Williams, Jane; Neville, Janet. *British Journal of Nursing (BJN)*, 9/9/2010, Vol. 19 Issue 16, p.p. 1033-1038.

- McEvoy, Liz e Duffy, Anita (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, Volume 8, Issue 6, November 2008, p.p. 412-419-
- McEwen, M. (2005). Spiritual nursing care: state of the art. *Holistic Nursing Practice*, 19(4), p.p. 161-168.
- McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), p.p. 934-941.
- McSherry W.; Draper P. (1998). The debates emerging from the literature surround the concept of spirituality as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, (27), p.p. 683-691.
- McSherry, W., (2000). *Making Sense of Spirituality in Nursing Practice: an interactive approach*. London: Harcourt Publishers.
- Mendelson, C. (2002). Health perceptions of Mexican American women. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): p.p. 210-217.
- Mercadier, Catherine (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Mihelich, J. and D. Storrs (2003). Higher education and the negotiated process of hegemony - Embedded resistance among Mormon women. *Gender & Society*, 17(3): p.p. 404-422.
- Milne, J. (1984). The Pastoral Care Experience in Acute Situations. *The Australian Nurses Journal*, 13(8): p.p. 39-41.
- Moberg, David O. (1984). *Aging and spirituality. Spiritual dimensions of aging theory, research, practice and policy*. New York: Haworth pastoral press.
- Moody, Harry R. (2005). *Religion, spirituality and aging. A social work perspective*. New York: Haworth pastoral press.
- Moody, Raymond Jr. (2006). *Vida depois da vida. Relatos de experiências de quase-morte*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Moraes, Roque. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p.p. 7-32.
- Moura, Conceição (2011). *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: Entre a filosofia e a bioética*. Lisboa: Coisas de ler.
- Munhall, Patricia L. (2001). *Nursing research: a qualitative perspective*. 3<sup>a</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Murray, R.B. & Zenter, J.B. (1989). *Nursing Concepts for Health Promotion*, London: Prentice-Hall.
- Narayanasamy, A. (2001). *Spiritual Care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. 2<sup>a</sup> ed. Wiltshire: Quay Books.

- Narayanasamay, A. (1993). Nurses Awareness and Educational Preparation in Meeting their Patient's Spiritual Needs. *Nurse Education Times*, 13: p.p. 196-201.
- Narayanasamay, A. (1999). Asset: a model for auctioning spirituality and spiritual care edication and training in nursing. *Nurse Education Today*, 19: p.p. 274-285.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs.*, 11(22): p.p. 1461–1470.
- Narayanasamy, A. (2004). Spiritual care. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(19), p.p. 1140-1144.
- Noffke, S. (1994). Action research: Towards the next generation. *Educational Action Research*, 2 (1), p.p. 9-18.
- Nolan, M. T., Hodgins, M. B., Olsen, S. J., Coleman, J., Sauter, P. K., Baker, D., & Hruban, R. H. (2006). Spiritual Issues of Family Members in a Pancreatic Cancer Chat Room. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), p.p. 239-244. doi:10.1188/06.ONF.239-244.
- North American nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008.(2008) Porto Alegre: Artmed.
- Northcut, T.B., (2004). Pedagogy in diversity: Teaching religion & spirituality in the clinical social work classroom. *Smith College Studies in Social Work*, 2004. 74(2): p.p. 349-358.
- Nowitz, L., (2005). Geriatric Care Management: Spiritual Challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1/2): p. 185.
- Nunes, Lucília (2006). *Justiça e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- O'Connor, Patrice (1996). Hope: A Concept for Home Care Nursing. *Home Care Provider*.Vol. 1, nº 4, p.p. 175-179.
- Oden, T.C., (1992). The Historic Pastoral Care Tradition - a Resource for Christian Psychologists. *Journal of Psychology and Theology*, 20(2): p.p. 137-146.
- Oliveira, Dora L. L. Corrêa de. (2011). A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev. Bras. Enferm. Fev.*, vol.64, no.1, p.p. 185-188. ISSN 0034-7167.
- Orchard, H. (2001). *Spirituality in Health Care Contexts*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa.

- Paiva, Luciana; Rossi , Lidia Aparecida; Costa , Maria Cristina Silva; Dantas, Rosana Aparecida Spadoti. (2010) *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Original Article , Nov.-Dec., 18(6): p.p. 1221-1228 .
- Pascal, Georges (2005). *Compreender Kant*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pedrão, Raphael de Brito & Ruth, Beresin. (2010). *O enfermeiro frente à questão da espiritualidade*. Einstein. 8(1 Pt. 1): p.p. 86-91.
- Pejler, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives. *Health & Social Care in the Community*, 9(4), p.p. 194-204.
- Pereira, Letícia Cardoso de Lacerda; Silva, Paulo Ricardo Bernardino, Silva, Jorge Luiz Lima (2009). Nursing Performance in Emotional Care for Women Attacks With Breast Cancer and Their Families. *REUOL*. (Out/Dez) Vol. 3, No 4.
- Pereira, Maria da Graça; Lopes, Cristiana (2005). *O doente oncológico e a sua família*. 2ª edição. Lisboa: Cimepsi Editores.
- Perry, P.A. (1994). Feminist Empiricism as a Method for Inquiry in Nursing. *Western Journal of Nursing Research*. Sage Publications Inc. p. 480.
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E., Reimer-Kirkham, S., & Sawatzky, R. (2008). Conceptualizing spirituality and religion for healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), p.p. 2803-2810.
- Peternella, Fabiana Magalhães Navarro; Marcon, Sónia Silva. PR (2008) Universidade Estadual de Maringá. *Mestrado em Enfermagem e Ciências da Saúde*. Maringá, Revista Brasileira de Enfermagem.
- Peternella, Fabiana Magalhães Navarro; Marcon, Sónia Silva (2009). Descobrimo a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsonico e seu familiar. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, jan-fev; 62(1): p.p. 25-31.
- Piles, C.L. (1990). Providing Spiritual Care. *Nurse Educator*, 15(1): 36-41.
- Pike, J. (2011). Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. *British Journal of Nursing (BJN)*, 20(12), p.p. 743-749.
- Prince-Paul, Maryjo. (2008). Relationships among Communicative Acts, Social Well-Being, and Spiritual Well-Being on the Quality of Life at the End. *Journal of Palliative Medicine* Vol. 11. Nº 1.
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, LucVan (1998). *Manual de Investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramalho, Anabela (2005). *Redação de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.
- Renaud, Isabel C. R. (2002). O corpo, Silêncio e Encontro. *Cadernos de Bioética*. Centro de Estudos de Bioética, nº 30, Dez: p.p. 77-84.

- Red, P.G. (1992). Na emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 15, p.p. 349-357.
- Reis, Maria José dos et al. (2010). Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. *Rev. Saúde Pública*, Abr, vol.44, no.2, p.325-331. ISSN 0034-8910
- Reyes, María Jesús Álava (2005). *La inutilidad del sufrimiento. Claves para aprender a vivir de manera positiva*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Reyes, María Jesús Álava (2006). *A inutilidade do sofrimento: Conselhos para aprender a viver de maneira positiva*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Rice, S. (2003). *Christ-Centered Therapy: Empowering the Self*. Australian Social Work (Blackwell Publishing Limited). 56(3): p. 278.
- Ribeiro, José Luís Pais ( 2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ricoeur, P., *Time and Narrative*. Chicago: University of Chicago.Vol. 1-3. p.p. 1984-1988.
- Rojas, Enrique (2005). *Uma teoria da felicidade*. Coimbra: Edições Tenacitas.
- Romero, Andrés (1991). *Metodologia de análise de conteúdo*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Roos, Jonas - *Kierkegaard and the analysis of despair between the individual and society*, Controvérsia - Vol. 5, (set-dez 2010), nº 3: p.p. 08-18
- Rosellò, Francesco Torralba (2004). Necessidades espirituales del ser humano. *Labor Hospitalaria*, nº 271, (1).
- Russell, Bertrand (2001). *Os problemas da Filosofia*. Coimbra: Almedina
- Sandelowski, M. and Sandelowski, M., (1999). Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship. *Nursing Inquiry*, Blackwell Publishing Limited. p.p. 198-207.
- Sandrin, Luciano (2004). *Ayudar sin quemarse. Cómo superar el burnout en las profesiones de ayuda*. Madrid: San Pablo.
- Santos Sá, E. (2010). *A contribuição da Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico*. Pensar Enfermagem, nº2, vol.14. 2010.
- Sapeta, Paula (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Sermabeikian, P., (1994). Our Clients, Ourselves: The Spiritual Perspective and Social Work Practice. *Social Work*, 39(2): p. 178.
- Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria clínica*, 9, 301-316.

- Shelly, Judith Allen (2000). *Spiritual Care. A Guide for Caregivers*. Illinois: InterVarsity Press.
- Shirai, Yumi; Koerner, Susan Silverberg; Kenyony, DenYelle Baete (2009). Reaping caregiver feelings of gain: The roles of socio-emotional support and mastery. *Aging & Mental Health*. Vol. 13, No. 1, January, p.p. 106–117.
- Silva, Abel Adelino de Paiva (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Silva, Augusto Santos; Pinto, José Madureira (1990). *Metodologia das ciências sociais*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Sinclair, Shane; Pereira, José; Raffin, Shelley. (2006). *A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative Care*. Vol. 9. Nº 2. *Journal of Palliative Medicine*.
- Skott, C., (2001). Caring narratives and the strategy of presence: Narrative communication in nursing practice and research. *Nursing Science Quarterly*, 14(3): p. p. 249-254.
- Smart, F., (2005). *The whole truth? Nursing Management - UK*. RCN Publishing Company Limited. p.p. 17-19.
- Stanworth, Rachel (2004). *Recognizing spiritual needs in people who are dying*. Oxford University Press. New York.
- Stevenson, C., I. Beech, and I. Beech, (1998). Playing the power game for qualitative researchers: the possibility of a post-modern approach. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, Blackwell Publishing Limited. p.p. 790-797.
- Stol, R. I. (1989). The essence of spirituality. *Spiritual dimensions of nursing practice*. (p.p. 4-23). Philadelphia: Saunders.
- Streubert, Hlen J.; Carpenter, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. Loures. Lusociência.
- Sweet, S.J.; Norman, I.J. (1995). The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (1): p.p. 165-170.
- Son, J., & Choi, Y. (2010). The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), p.p. 38-45.
- Sousa, Paulino A. F. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde : um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- Skilbeck, J., & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), p.p. 521-530.

- Tangenberg, K.M., (2003). *Linking Feminist Social Work and Feminist Theology in Light of Faith-Based Service Initiatives*. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 18(4): p. 379.
- Takyi, B.K.; Addai, I. (2002). Religious affiliation, marital processes and women's educational attainment in a developing society. *Sociology of Religion*, 63(2): p. 177-193.
- Tarakeshwar, N.; Vanderwerker, L. C.; Paulk, E.; Pearce, M. J.; Kasl, S. V.; & Prigerson, H. G. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), p.p. 646-657. doi:10.1089/jpm.2006.9.646
- Tarlier, D. (2005). Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*. Blackwell Publishing Limited. p.p. 126-134.
- Tarouco RL; Muniz R.M.; Guimaraes, S.R.L.; Arrieira, I.C.; Campos, N.; Burille, A. (2009). Spirituality and living with cancer in the process of dying. *Rev Enferm UFPE*, out/dez, 3(4): p.p. 239-45.
- Taylor, E. (1997). The story behind the story: the use of storytelling in spiritual caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), p.p. 252-254.
- Taylor, Elizabeth J. (2002). *Spiritual care. Nursing theory, research, and practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Taylor, P.B., Amenta, M., Highfield, M. (1995). Spiritual care of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 22, p.p. 31-39.
- Taylor, R. (1970) *Good and Evil*. Nova Iorque: Macmillan.
- Tebi (1997). *Que es el dolor*. Madrid: Paulinas.
- Tillich, Paul (1976). *A Coragem de Ser*. São Paulo: Paz e Terra.
- Thomas, P. (1993). *Spiritual Care Outline, Gerontology and Palliative Care*, School of Nursing and Human Movement, Australian Catholic University: NSW.
- Touhy, T. (2001). Nurturing hope and spirituality in the nursing home. *Holistic Nursing Practice*, 15(4), p.p. 45-56.
- Traynor, M., (2004). Discourse analysis. *Nurse Researcher*, RCN Publishing Company Limited. p.p. 4-6.
- Vaillot, M.C. (1970). The spiritual factors in nursing. *Journal of Practical Nursing*. (20), p.p. 479-487.
- Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), p.p. 234-246.
- Verhaeghe, S. L., Van Zuuren, F. J., Defloor, T., Duijnste, M. H., & Grypdonck, M. F. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit?

*Journal of Clinical Nursing*, 16(8), p.p. 1488-1497. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01807.x

- Vieira, Margarida (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal.
- Vlasblom, J. P., Jenny T., S., Knol, D. L., Jochemsen, H. H. (2011). Effects of spiritual care training for nurses. *Nurse Education Today*, 31(8), p.p. 790-796. doi:10.1016/j.nedt.2010.11.010
- Walsh, Roger (2002). *O essencial da espiritualidade*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Walters, Kerry (2001). *Practicing presence: The spirituality of caring in everyday life*. Franklin: Wisconsin
- Ward, Keith (1988). *Deus, fé e o novo milénio. A crença cristã na idade da ciência*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Watson, Jean (2002). *Enfermagem ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Watson, Jean (2002). *Enfermagem pós-moderna e future. Um novo paradigma de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Watson, R.A. (2000). *Toward union in love: The contemplative spiritual tradition and contemporary psychoanalytic theory in the formation of persons*. *Journal of Psychology and Theology*, 28(4): p.p. 282-292.
- Wolf, Susan (2011). *O sentido da vida. E por que razão é importante*. Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Wilt, Dorothy L.; Smucker, Carol J. (2001). *Nursing the spirit: The art and science of applying spiritual care*. Washington: American Nurses Association.
- Wiklund, L. - *Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings*. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, Jan (17), p.p. 2435–2443
- Wright, Lorraine M. (2005). *Spirituality, suffering and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wright, Stephen G. (2005). *Reflections on spirituality and health*. London: Whurr Publishers.
- Yinger, Milton (1964). *Réligion, Societé, Personne*. Paris: Ed. Universitaires.
- Zeeman, L., et al. (2002). An Introduction to a Postmodern Approach to Educational Research: Discourse Analysis. *Education, Project Innovation, Inc.* p. 96.
- Zuber-Skerritt, O. (1992). *Action research in higher education: examples and reflections*. London: Kogan Page.

**ANEXOS**

**Anexo 1 – Texto de apoio à formação**

# FOCOS DA ÁREA DA ESPIRITUALIDADE

(Termos necessários para a construção dos Diagnósticos de Enfermagem)

**CIPE 2006: VONTADE DE VIVER –** *Volição com características específicas: A vontade é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver, apesar das circunstâncias difíceis; forte ímpeto de viver, fazer escolhas ou agir no sentido de continuar a viver.*

**CIPE 2006: ESPERANÇA –** *Emoção com características específicas: Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e desejo de viver, paz interior, optimismo; associado ao traçar de objetivos e mobilização de energia.*

**CIPE 2006: BEM-ESTAR ESPIRITUAL –** *Bem-estar com as características específicas: Imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial.*

**CIPE 2006: ANGUSTIA ESPIRITUAL -** *Angústia com as características específicas: rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança no sistema de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento zanga contra a divindade.*

---

**DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM - ANGUSTIA ESPIRITUAL -** *Estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou está em risco para apresentar um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida.*

- c) Evidenciada pela incapacidade para praticar os ritos espirituais;*
- b) Relacionada a conflitos entre crenças religiosas ou espirituais e regime de saúde prescrito;*
- c) Relacionada com a crise de doença/sofrimento/morte (Carpenito, 1977).*

Segundo Carpenito (2005: 762) são características definidoras deste problema:

**Maiores:** (devem estar presentes)

- Apresenta uma perturbação no sistema de crenças.*

**Menores:** (podem estar presentes):

- Questiona o significado da vida, da morte e do sofrimento;*
- Questiona a credibilidade do sistema de crenças;*

- *Demonstra desencorajamento ou desespero;*
- *Opta por não praticar os ritos religiosos habituais;*
- *Tem sentimentos ambivalentes (dúvidas) sobre as crenças;*
- *Demonstra distanciamento espiritual de si mesmo e dos outros;*
- *Expressa falta de razão para viver;*
- *Sente um vazio espiritual;*
- *Expressa preocupação – raiva, ressentimento, medo – com o significado da vida, o sofrimento, a morte;*
- *Solicita assistência espiritual para a perturbação no sistema de crenças.*

Segundo Carpenito (2005: 762) são fatores relacionados com o problema:

### **Fisiopatológicos**

Relacionados aos desafios ao sistema de crenças ou à separação de vínculos espirituais secundários a:

- *Perda de função ou parte do corpo;*
- *Doença terminal;*
- *Doença debilitante;*
- *Dor;*
- *Trauma;*
- *Aborto.*

### **Relacionados com o tratamento**

Relacionados com o conflito entre (o regime prescrito) e as crenças:

- *Aborto;*
- *Cirurgia;*
- *Transfusão de sangue;*
- *Restrições dietéticas;*
- *Isolamento;*
- *Amputação;*
- *Medicamentos;*
- *Procedimentos médicos.*

### **Situacionais (Individual, Ambiental):**

Relacionados com a morte ou a doença de pessoa significativa.

Relacionados com o constrangimento em praticar os rituais espirituais.

Relacionados com as barreiras à prática de rituais espirituais.

Restrições do atendimento intensivo:

- *Confinamento ao leito ou ao quarto;*
- *Falta de privacidade;*
- *Falta de disponibilidade de alimentos/dieta especial.*

Relacionados a crenças que têm oposição da família, amigos ou das pessoas que prestam cuidados.

Relacionados a divórcio ou a separação da pessoa amada.

**Anexo 2 – caracterização dos entrevistados**

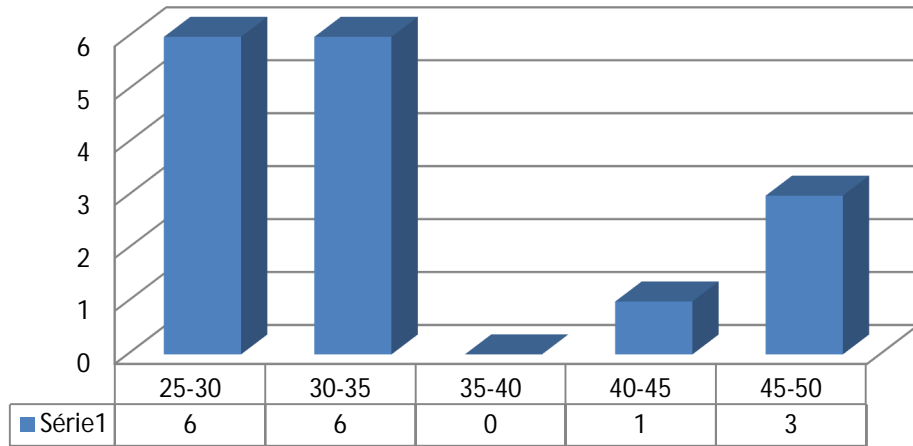
## Caraterização dos Entrevistados

Nº	Categoria	Idade	Tempo de Exp. Prof.
1ª)	Enfermeiro Especialista	31	9
2ª)	Enfermeiro	47	23
3ª)	Enfermeiro	45	20
4	Enfermeiro	29	6
5ª)	Enfermeiro	29	7
6ª)	Enfermeiro	27	4
7ª)	Enfermeiro	41	17
8ª)	Enfermeiro	46	22
9ª)	Enfermeiro	31	9
10	Enfermeiro	26	2
11ª)	Enfermeiro	26	4
12ª)	Enfermeiro Especialista	34	6
13	Enfermeiro	31	6
14ª)	Enfermeiro	32	11
15	Enfermeiro	32	7
16ª)	Enfermeiro	27	5

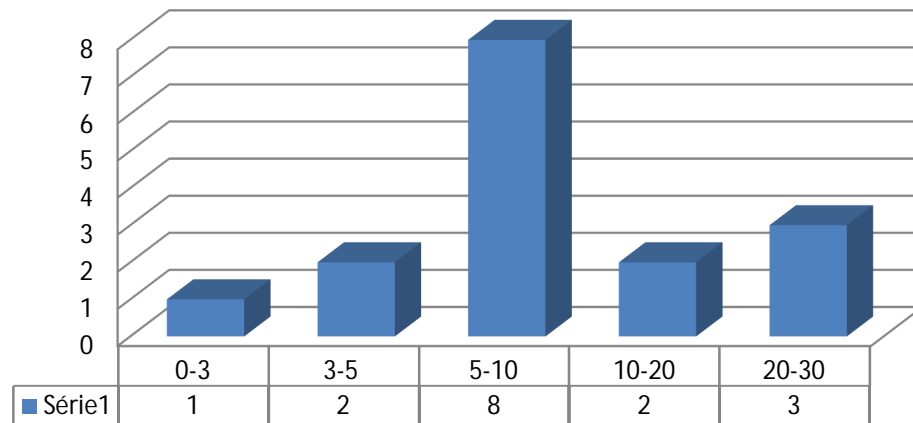
a) Enfermeiros que se mantiveram no estudo até à fase final.

Idade	Nº		Tempo de Experiência Profissional	Nº	
25-30	6		0-3	1	
30-35	6		3-5	2	
35-40	0		5-10	8	
40-45	1		10-20	2	
45-50	3	Média – 33,4	20-30	3	Média– 9,9

### Nº de entrevistados por idade



### Nº de entrevistados por anos de experiência profissional



**Anexo 3 – Tratamento de dados – categorização**

## A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO – EXPRESSÕES SIGNIFICATIVAS

### Expressa falta de significado ou propósito na vida

*O doente dizia-me ... quando sair o que vai ser dele, não consegue andar, não tem força nas pernas, sente que não consegue fazer a vida que fazia antes. No outro dia também falou que tem uma netinha, que está muito ligada ao avô, diz que foi lá abaixo fazer um exame e viu a neta e disse-me que não sabe se volta a ter forças para a tornar a pegar.. (AP)*

*Eu não sei se está relacionado com esta angústia espiritual mas principalmente aqui no nosso serviço, as pessoas revelam a preocupação que têm com o sentido da vida, tem que ver com o facto de elas serem produtivas ou não .. com o facto de darem trabalho a alguém, as pessoas quando se vêm diminuídas, quando ficam dependentes perdem o sentido para a vida por essa razão... (BF)*

*Na maioria verifica-se a desistência, tivemos um senhor que entrou, não sabia muito bem o que era, foi operado fizeram só uma laparotomia, era um neo gástrico já em estado muito avançado, depois foi dito ao senhor o que ele tinha e nesse dia ficou de “rastos”, ele estava no quarto de operados eu estava lá nesse dia, o senhor realmente ficou muito em baixo, e dizia que não valia a pena já viver, foi fazer quimioterapia e radioterapia, mas ele viu aquilo tudo de forma muito negativa, e ali no momento ele verbalizou que não valia a pena que já não queria ser operado outra vez... (FC)*

*Não ... não verbalizam, mas nota-se que se agarram à vida, têm força de vontade, lutam pela vida, acho que para o doente verbalizar tem que se sentir completamente à vontade, um quarto tem três camas, entra e sai muita gente e o ambiente não se cria assim neste ambiente, vê-se pela reação dos doentes, uns vê-se que não têm vontade de viver, outros que agarram-se à vida ... (LC)*

*... sim o que é que vai ser a minha vida expressões muito frequentes o que é que vai ser a minha vida tenho filhos para criar ou então pelo contrário já estou mais descansado porque já criei os meus filhos já não faço cá tanta falta mas é mais muita preocupação com os familiares também não tanto com eles... (MP)*

*...esta parte da angústia espiritual tem mais a ver quando os doentes colocam a questão o que é que vai ser de mim agora o que é que me vai acontecer, não tendo muito a ver com religião mas ... (MS)*

*Mais nos doentes do foro oncológico nomeadamente por isto que diz aqui porque há muito aquele, a presença da morte eminente não é, e aquele significado que as pessoas dão à vida, é a importância que as pessoas dão à vida e quando as pessoas têm este diagnóstico de neoplasia... cai-lhes em cima, no fundo o medo e a morte, aquela ideia iminente da morte e acaba por haver aquele sofrimento e aquela angústia perante isto mesmo sem saber o que lhe vai acontecer se é ou não é a morte... (PN)*

*Verbalizam: o fim vai ser aquele que eu já estava à espera que eu sabia, dizem: eu sabia que isto era assim eu sabia que isto acabava assim e depois as pessoas muitas vezes*

manifestam mesmo vontade de morrer e dizem quanto mais depressa for melhor, agora tivemos aí um senhor que dizia: estou desejando de morrer ... nunca mais morro ... quando é que morro. E morreu pois acabou por morrer sozinho aqui ... (PN)

... uma senhora quando lhe estava a fazer higiene ela disse: mas o que é que eu estou cá a fazer... mas eu não precisava já de estar cá ... só estou a sofrer. Isto é uma forma de ela me estar a dizer que tem angústia espiritual não é.. (PP)

Quem é que me vai mudar o saco? e depois nos primeiros tempos às vezes estão edemaciados o saco depois rebenta muitas vezes. E perguntam: depois em casa vai ser assim mas como é que eu consigo mas quem é que me ajuda? então e a minha mulher depois consegue? eu consigo? Eu não sou capaz de olhar para ai, eu não sou capaz de fazer isso que a enfermeira está a fazer... é complicado eles verbalizam assim desta forma, nesta perspetiva ... (RG)

Talvez na fase terminal ... estou-me a lembrar de um senhor que esteve aqui que sabia que estava na fase terminal, e tinha acontecido este acidente do avião e o senhor disse: sabe em Fevereiro fiz a mesma rota devia ter sido comigo pelo menos este sofrimento e aquilo tudo agora que estou a passar já não passava nem a minha família..., por exemplo, outros manifestam de várias formas que perdem o sentido da vida mesmo que vejam que a situação não está a evoluir como eles esperavam.... mas acima de tudo nos doentes terminais. (SS)

O que é que vai ser de mim agora com esta amputação? Com este cancro ou com esta situação de doença não é ... (SS)

Eu acho que sim depois se formos ver aqui o questionar o significado da vida acontece muito noas situações dos doentes terminais... (TR)

## **Expressa alienação ou isolamento**

- Como revelam? Uma das coisas que eles as vezes fazem... é fecham-se. Não dizem nada, é o silêncio, o silêncio é uma das formas de indiretamente mostrarem a angústia espiritual. Nós temos tido pessoas que sabem o que têm, a família também sabe mas a família às vezes vem e faz perguntas, questionam e dizem vamos ver vamos ver, fecham-se e não adiantam mais do que aquilo, estão nesta fase angustiante e então, fecham-se, uma coisa que eu acho é que eles fazem silêncio. ( AC)

Começam a ficar mais caladinhos, quando começamos a tentar perguntar alguma coisa, têm respostas secas, como a dizer “eu não quero falar sobre isso, não me chateiem, não tenho nada a ver com o assunto” .. (AJ)

... noto que muitas vezes eles estão no cantinho deles em silêncio e ... (AJ)

Agora temos aí um senhor que está em fase terminal em que se notou a desistência dele, a rotura com tudo, as vezes ele verbaliza connosco, ele tem muita família em redor mas eu acho que eles que o protegem e para não o fazerem sofrer acabam por não manifestar tanto ... ele agora foi amputado nesta fase.. não queria decidir a amputação e até a filha

o obrigar, ele não queria, ficou em reagir, abria os olhos e não reagia... um dia estive com ele e todas as reações era fechar os olhos e não dizer nada. (CH)

...um doente que está bem está a falar connosco bem durante o turno à hora da visita, a família vem-nos dizer que ele que não fala ou que não diz nada, que não sabe o que é que ele tem, que não quer falar com a família, às vezes também tem a ver com isso com as pessoas que lhe são mais próximas e o doente não quer dizer nada, afasta-se.. (MP)

Afasta-se da família ou porque a família fica muito ansiosa e está-lhe sempre a perguntar como é que te sentes se lhe dói alguma coisa e eles às vezes pronto à hora da visita ficam mais fechado. Cada pessoa lida de forma diferente, já tem acontecido muitas situações. (MP)

Outra questão era a filha dela que era pequena e ela tinha medo de morrer e com quem é que ia ficar a filha, o que é que ia acontecer à filha. Esta mulher depois acabava por estar revoltada com tudo. Dizia: porque é que isto me acontece, eu mora numa terra pequena e as pessoas o que mais me chateia é quando eu chego toda a gente vai lá à minha casa par me ver e depois eu tenho que estar sempre a falar da mesma coisa... eu até gosto de estar aqui no hospital porque eu quando estou lá às vezes fecho as janelas e fecho a porta e mesmo que toquem à campainha não, não quero falar com ninguém pronto, não quero falar porque eu sei que as pessoas não fazem por mal é porque gostam de mim que lá vão mas eu é que não quero falar sobre isso, magoa-me muito, falar sobre isso e não quero. (MP)

E depois cada pessoa, cada pessoa age de uma maneira diferente... nós há pouco tempo tivemos cá uma senhora que era super bem-disposta, estava nesse quarto estavam três doentes com patologia da mama também, ela estava na cama do meio, as outras não eram assim doentes mais discretas, aquela mulher parece... era uma euforia ... mas isto vai correr tudo bem a cirurgia... correu bem ela é que ponha as outras para cima mas depois havia ali momentos que eu achava que ela ficava assim muito calada, mas ela também nunca nos deu abertura para falar, dizia sempre que estava tudo bem cada pessoa reage de forma diferente deve ter a ver com a adaptação à situação ou o estádio em que a pessoa já está. (MP)

... as pessoas falam muito pouco, comunicam pouco e se comunicamos com elas o feedback não é muito positivo... acho que não sei se terá a ver com isto o facto de nós andarmos sempre de um lado para o outro não sei se até que ponto os doentes não precisariam de mais apoio também psicológico e emocional ah acho que esperam muito também que as famílias venham à hora das visitas talvez não há assim .. (MP)

...às vezes em internamentos prolongados de situações que se calhar não se justificavam, a angústia começa a instalar-se devido à separação da família a falta do seu ambiente do seu espaço não é e tudo o que é próprio daquela pessoa e a pessoa cada vez a sentir-se mais sozinha no meio da multidão... no fundo aquilo que é no meio de tanta gente que passa por aquela pessoa mas que está sozinha . Aconteceu-me há pouco tempo um caso de uma senhora que esteve aí internada fez duas ou três vezes sepsis, foi mais para desobstrução porque de resto também não havia grande coisa a fazer e não estive cá realmente a fazer nada, estive cá a sofrer, foi a sofrer e a instalar-se essa dita angústia que nos revelava todos os dias através de várias expressões não é ahhh falta-me as

minhas filhas, tenho saudades das minhas filhas, tenho saudades da minha casa, sinto-me triste aqui gosto muito de estar com vocês mas sinto-me triste gosto mais da minha casa gosto mais das minhas coisas todos os dias e ela cada vez a caminhar mais para o fim e acabou por morrer aqui ... senti que esta senhora morreu, não sei se posso dizer isto, que morreu de tristeza. No fundo vi que se instalou naquela senhora muita tristeza muita solidão muita falta das suas coisas da sua família e ela também era católica e praticante gostava muito que o senhor padre a visitasse, ele por acaso no dia que ela morreu, chamei-o e ele veio aí antes de morrer e gostava muito de falar com ele e de estar com ele e acabou por morrer assim sem percebermos do que é que ela morreu... a única coisa que ela revelada era a tristeza e a falta da família e a solidão muita solidão porque estava aqui. Dizia-nos: gosto muito de estar com vocês tenho muita gente mas falta-me ... (PN)

...duas ou três semanas antes de ir de férias um senhor, um senhor novo... o senhor tem cinquenta e cinco, cinquenta e seis anos.. uma neoplasia do pâncreas que é, devastador e houve um dia de manhã que o senhor estava completamente ausente, em baixo mesmo e no dia anterior não tinha estado mas estava com uma angústia mesmo evidente, evidente só pela cara pelo olhar pela forma como olhava, pela forma como respondia naquele dia, ele não estava bem mas percebia-se. (PP)

## Expressa desespero

Na maior parte dos doentes, sobretudo naqueles que estão em situação mais complicada, nos doentes terminais, quando já não há nada a fazer, manifestam muito por palavras “já não há nada a fazer isto é só para me despacharem, já ninguém quer saber de mim, os médicos já não me vêm ver” . Dizem: o médico não vem cá é porque já não há nada a fazer... e até não é... e eles associam, como já são um caso à parte já ninguém quer saber... eu também não tinha essa noção.. (AJ)

Sim às vezes eles fazem verbalização, mas eu acho que é mais pelo comportamento porque verbalizar este sentimento também não é muito fácil, mas muitas vezes eles dizem: estou farto disto.( CH)

...uma senhora que se queixava que não ia sair daqui, e ela numa noite estava cheia de dores, eu fui junto dela e dizia, que mal é que eu teria feito para estar aqui a sofrer, mas ela tinha uma vontade tão grande de ir para casa, porque disse: só queria poder voltar à minha casa que já não saio de lá mais... (DM)

... É isso mesmo não me conseguiram ajudar não me conseguiram salvar eu fui submetido a uma cirurgia fiz isto tudo mas no fundo... (PN)

Ele dizia-me: eu não sou parvo, eu sei, estive a ver antes de vir. Um senhor que era engenheiro portanto com uma boa um bom suporte de conhecimentos dizia-me isto e entrou-lhe uma angústia de tal maneira bem mas uma coisa uma ansiedade ele não estava bem de maneira nenhuma ele nada lhe apetecia ele não conseguia responder ele não conseguia estar bem. Então nesse dia, por acaso disse-lhe: então vamos fazer a barba. Ele responde: fazer a barba ohh fazer a barba.. acha que faz falta fazer a barba. (PP)

Na minha observação eu tinha um doente, por exemplo que estava numa angústia terrível num desânimo num desespero e verbalizava irritado porque não sabia mudar o saco de

colostomia e agora quem é que mudava agora tinha alta e quem é que lhe mudava o saco de colostomia (PP)

*Os colostomizados sobretudo os colostomizados pela urgência, situações por exemplo traumáticas, dadas situações traumáticas em que a pessoa teve um acidente ou qualquer coisa e que se entra na urgência e se vai ao bloco e no outro dia quando acorda aqui está com uma colostomia, essas situações são completamente angustiantes e essa questão do quem é que agora faz quem é que agora muda é completamente, mas em termos agudos temos muitas situações, temos essas que se calhar são as mais evidentes ou aquela pessoa que eventualmente faz uma evisceração é re-operada e na primeira cirurgia não ficou colostomizada e na segunda fica ai é, é o desânimo total, é angústia total, verbalizando que agora já vai correr mal, agora já vai ser sofrimento, agora já não vou ter qualidade de vida. (PP)*

*É verdade muitas vezes verbalizam os doentes amputados isso também acontece muito então e agora sem a perna o que é que eu aqui estou aqui a fazer, mais-valia que Deus me tivesse levado para que é que me aconteceu isto. (RG)*

*Havia mais o pedido, de pessoas talvez mais velhas, um pedido para que nós chamássemos o pároco ou neste momento não acontece tanto. Têm sempre um braço direito ou a esposa ou o filho um ente querido mesmo próximo nem tanto ou provavelmente se têm esse tipo de abordagem mais espiritual de alguém, se calhar, em momentos mais sós mas não são pessoas que comentem isso ou que tenham aquele tipo de discurso estou farto de pedir a Deus que me leve. (SS)*

*A mim? Nalgumas fases o que é que estão cá a fazer que mais valia de morrer do que estarem a sofrer, então as senhoras idosas dizem sempre isso sempre, sempre a dar trabalho aos outros realmente dizem isso. (TR)*

## **Expressa revolta**

*...é aquela fase em que agente os apanha em fase de revolta, apanhamos aqui alguns em fase de revolta, nessa fase as vezes, estão numa fase de crise, têm determinada doença, têm sofrimentos e têm angústia... (AC)*

*Os novos é onde se nota mais, esta angústia espiritual, esta fase de doença sofrimento, morte revolta acho que é mais nos doentes oncológicos novos. (AC)*

*Mas aqueles que já sabem o diagnóstico nota-se mais e é neste que nós notamos mais aquela fase da revolta, a negociação, depois é nestes doentes que nós verificamos as fases todas mas mais naqueles doentes que têm conhecimento da sua doença. (AJ)*

*As vezes verifico que estão naquela fase que se revoltam contra o mundo e acabam por não querer fazer nada, nós insistimos... vamos levantar, vamos andar um bocadinho, tem que comer mais e eles não querem nada. Eu por acaso tive aí uma situação com um doente que era um doente oncológico, que eu acho que é onde se nota mais... nos amputados as vezes nota-se principalmente quando são pessoas que ficam mais dependentes... (CH)*

*O senhor já não o podia ver chegar.. porque como estava muito perto dele, ele revoltava-se contra ele (aluno), mas era só com este aluno que ele falava, era só ele que o conseguia fazer alguma coisa, e eu dizia-lhe: não você está-lhe a fazer bem porque nota-se que consigo ele até fica melhor do que connosco, com ele ficava mais colaborante ... é assim nota-se as vezes mais no comportamento do que na verbalização. (CH)*

...eu acho que é mais um desagrado que a pessoa mostra, não é aquele sentido da revolta, a revolta para mim é dizer nunca mais me vêm ver ou o médico não aparece, outra coisa é a pessoa estar revoltada e dizer eu vou fazer queixa e para mim isso é que era revolta, é a pessoa tomar alguma medida para mostrar o descontentamento. Enquanto é só a dizer que não está contente e o médico vem e não lhe diz nada a ele isso para mim é mais desagrado e isso vê-se muito, agora aquela revolta e o médico chegar lá ele dizer-lhe e mostrar o seu desagrado ali à frente da pessoa em questão e dizer-lhe que não estava contente. Connosco as vezes também acontece dizerem-nos ontem deixaram-me tantas horas nesta posição ou ontem o seu colega da noite não veio cá ou veio cá só uma vez ... também não corresponde à verdade porque até conhecemos as pessoas com quem trabalhamos e os doentes dizem coisas e agente pensa daquela pessoa isto é mentira com certeza. Temos muitos doentes que dormem uma noite inteira e dizem que não dormiram nada, agente vai lá ao pé deles quatro ou cinco vezes e eles não nos vêm ficam a dormir e depois dizem-nos que não dormiram a noite inteira por exemplo. Eu acho que não se nota a revolta contra os profissionais, vê-se mais o desagrado, se calhar pode ser a minha conceção de revolta que não está certa, mas na minha conceção de revolta não é tão nítido. (DM)

É nas situações quando se chega a uma fase que o próprio doente se apercebe que já não há nada a fazer, mesmo depois de ter passado por uma cirurgia, paliativa ou não, mas sendo paliativa se depois se chega a essa conclusão que não há muito mais a fazer e o doente que se apercebe refugia-se muito nele próprio ou quando não se refugia começa a haver aquela revolta que cai também sobre nós, parecendo que a culpa é dos profissionais que não fizeram ou não conseguiram ajudar... (PN)

... nesses casos é completamente evidente nesses casos de fase avançada de uma doença acho que é a revolta, é revolta, é a revolta que está presente, é a revolta com eles próprios com os outros com os mais chegados que no fundo acabam por sofrer muito nestas situações e é o eles pressentem realmente o que lhes vai acontecer, porque eles sabem o que lhes está a acontecer e não vale a pena a gente negar. O importante é ir gerindo o dia-a-dia, é ir gerindo os momentos cada momento cada dia.(PP)

Claro exactamente eles depois pelo comportamento da pessoa percebemos facilmente, por exemplo o colostomizado quando o saco ou rebenta o descola, depois fica mesmo a própria postura da pessoa e aquela revolta, aí já está a tocar outra vez a campainha. Diz: isto veja lá o que é que me aconteceu... e mesmo a forma de falar às vezes também se altera consegue-se perceber a revolta que estão a sentir.(RG)

Já de saírem daqui e se suicidarem.. muitos dizem: se não melhorar quando sair daqui é o fim. Não querem viver lá fora com uma situação de amputação e mostram aquela revolta inicial e muitos depois acabam por falar nisso (suicídio). (TR)

## **Questiona o sofrimento**

Sim, dizem muito: porque é que tenho que morrer? Se tenho que morrer porque estou neste sofrimento? E há outros que até dizem mesmo traga-me uma injeção para acabar com este sofrimento, dê-me qualquer coisa para acabar com o meu sofrimento. As vezes até não é verdade, as vezes é mais um desabafo não é... mas aqueles doentes mais reservados mais calados, eu até tenho receio de os ouvir dizer isso porque quando têm

*conhecimento da doença referem que estão fartos de viver e que não querem viver assim... eu tenho um bocado de receio, ainda assim eles não façam alguma que depois... (AJ)*

*Sim, um senhor dizia-me eu quero morrer não quero estar neste sofrimento... acontece, não com muita frequência, mas acontece. (LC)*

*Acho que sim, acho que sim pelo menos daquilo que leio e percebo daqui acho que é a sensação o questionar do sofrimento e separação dos laços religiosos ou culturais mas para haver esta separação dos laços religiosos tem que haver uma coisa mais forte... (MP)*

*Os doentes que sabem que o prognóstico não é bom expressam-se mais em tom de desabafo de maneiras mais simples, não pedem para falar connosco não, não nos chama, para eles mas quando nós chegamos ao pé deles ah dizem uma palavra ou outra ou uma frase que dá a entender o sofrimento porque eles estão a passar...(MP)*

*Não estou bem... isto não vai correr bem... eram os pensamentos dele, era que aquela situação não ia correr bem... porque estava a sofrer ....portanto o prognóstico ...e o futuro estava completamente devastado... (PP)*

*Agora estou-me a lembrar do caso de uma senhora que veio há duas semanas uma senhora que na altura tinha sido também uma senhora que teve uma angústia muito grande numa segunda intervenção ficou colostomizada, uma senhora nova, tinha quarenta e tal anos cinquenta anos entretanto a primeira cirurgia correu bem e na segunda ficou colostomizada. veio há duas semanas atrás para encerrar colostomia e então este caso é o contrário que é na primeira cirurgia ela ficou muito angustiada porque ficou colostomizada e como é que agora me vai acontecer como é que isto tudo vai ser a partir daqui portanto e iniciou-se um processo de readaptação em todas as coisas da vida daquela senhora há duas semanas ela veio e veio e fez preparação toda para cirurgia no outro dia para encerrar e eram onze, onze e meia da noite a angustia dela veio ao de cima e ela disse mas porque é que eu me vou submeter a uma outra cirurgia se eu estou bem, ela só dizia: mas enfermeira mas eu estou bem eu faço a minha vida normal eu dou-me bem com o meu marido eu estou bem com os meus filhos e agora se isto corre mal e agora vou-me submeter a outra cirurgia porquê? então mas é uma decisão sua se você acha que está bem se o que lhe está a causar a angústia neste momento é você ser re-operada para encerrar não há necessidade disso e essa senhora era meia-noite e foi-se embora não foi operada e ficou com a colostomia. (PP)*

*Lembro-me de, era um doente que estava aqui isolado, lembro-me perfeitamente as conversas dele assim naqueles últimos dias era a falar da família que tinha construído uma casa que tinha um jardim muito bonito uma piscina que tinha feito para os netos falava de coisas que tinha alcançado na vida e depois lembro-me de uma conversa que tivemos ele depois dizia: já viu enfermeira e agora se calhar isto tudo para nada porque como eu estou agora a minha neta que há de nascer se calhar já não a conheço depois daquela conversa a dizer fiz isto fiz aquilo fui aqui era uma pessoa viajada tinha muitos conhecimentos tinha muitos amigos e depois, depois assim daquilo tudo a dizer-me deixo cá as minhas experiências porque tinha passado pois agora nem vou conhecer a minha neta e já não tenho tempo suficiente para ver o meu neto que já tinha um neto com dois anos, gozar a piscina que eu lhe fiz com tanto carinho então achei que aquela parte final daquela conversa foi mesmo ele a questionar a dizer que sabia aquilo que tinha e que estava angustiado mas se calhar aquela parte inicial da conversa das coisas boas porque tinha passado era para tentar atenuar um bocadinho o sofrimento em que ele estava. (RG)*

*Foi uma família que viveu este processo foi sempre até à última acompanharam imenso o doente a determinada altura acho que se tentaram enganar de que não, não vai partir já e questionaram uma colega a perguntar se mas diga realmente se acha que vai ser já , porque está a sofrer? E a colega disse já não está nas mãos de ninguém, mas depois de a colega ter falado ela até achou se calhar o melhor mesmo era o pai partir para não estar a sofrer tanto, portanto era um estado de sofrimento muito grande para todos.(SS)*

*É o sentido da vida e não tem não há que confundir o termo com religião nem nada disso mas nos doentes com situações de grande sofrimento põe-se a questão de qual o sentido deste sofrimento porque é que eu sou assim? (SS)*

### **Expressa raiva de Deus**

*Ainda há poucos dias tínhamos aí, eu não estava cá mas as colegas comentaram, tínhamos aí três doentes num quarto e dois deles eram pessoas novas, um deles ia ser operado pela segunda-feira e dois já tinham sido operados, estavam a ouvir a missa na televisão, que dá em directo no domingo, um deles disse logo para desligarem a televisão, e elas disseram: então porquê, quer que agente apague mesmo a televisão? Mudem de canal que eu não quero nada com isto da missa. Isto pode de alguma forma evidenciar esta questão da revolta relacionada com esta questão da angústia espiritual. (AC)*

*Por exemplo a pessoas que põem em causa o próprio Deus, questionam-se muito.. (BF) Lembro-me desta senhora deste aspetos agora de situações em si não me lembro de pormenores específicos agora, mas acho que é uma coisa que se consegue notar, também acho que é um problema em relação ao qual eu pessoalmente, tenho dificuldade em dar resposta, porque quando um doente me diz o que esta senhora me diz, eu não sei o que lhe hei de dizer, quando ela naquele dia as 4h da manha acende a luz e me diz, que mal é que eu terei feito a Deus para estar a passar por isto, eu não sabia o que lhe havia de dizer, mas o que é que se diz a uma pessoa assim eu não sei, tenho dificuldade nisso, tenho não sei que estratégias... o que lhe hei de dizer? Eu penso nisso fui para casa a pensar o que hei de fazer? (DM)*

*... há outros que, tive um caso recentemente que um senhor que achou que estava a ser castigado, que me disse: eu fiz tanto bem porque é que isto agora me está a acontecer, entendeu que todo o sofrimento físico que estava a ter como um castigo espiritual, mas isto não é com muita frequência, eu achei que este doente estava em angústia espiritual, porque acreditava em Deus e que fez sempre bem a muita gente e não entendia agora o que lhe estava a acontecer, via-se que havia ali uma angústia que ele não estava bem... acho que também é a cultura as pessoas entendem a doença como um castigo de Deus. (DM)*

*Consegue-se perceber que as pessoas que estão mais ligadas a uma religião, que são praticantes, nota-se mais .... Por exemplo se forem os Jeová, eles já têm uma habituação de divulgar a palavra... Os jeovás verbalizam abertamente o seus problemas... Os católicos são mais retraídos.. eu sou católica e sempre ouvi dizer que o sofrimento é nosso e só nosso.. eu não concordo mas é o que aprendemos desde pequeninos... os jeovás levam as coisa de forma mais alegre, menos punitiva, os católicos consideram mais a doença como uma punição e por isso verbalizam mais a raiva contra Deus. (DM)*

*Ah eu penso que sim em alguns doentes é possível observar especialmente se forem doentes que têm diagnósticos mais pesados falo por exemplo nas doentes com patologia da mama as neoplasias às vezes é normal e se especialmente se foi uma coisa assim que a pessoa não estava à espera ou se são pessoas ainda muito novas, surgem estes sentimentos de intenso sofrimento de zanga contra a divindade às vezes as pessoas revoltam-se um bocadinho e às vezes referem mesmo, eu sempre fiz tudo certo e até ia tantas vezes à missa e nunca abandonei Deus e agora abandonaram-me a mim. (MP)*

*É verdade muitas vezes verbalizam os doentes amputados isso também acontece muito então e agora sem a perna o que é que eu aqui estou a fazer mais-valia que Deus me tivesse levado para que é que me aconteceu isto. (RG)*

### **Expressa falta de esperança**

*Tinha... foi operado algumas três vezes... corria mal a cirurgia... fazia evisceração... era operado ele estava muito desanimado... mas não verbalizava assim muito, nem contra isto nem contra aquilo... mas ... tinha muita vontade mas depois quando começou tudo a correr mal ... foi operado duas ou três vezes.. ficou assim muito.. mas não falou em descrença nem nada disso... acho que ele ficou um pouco com falta de esperança, mas depois quando começou a melhorar outra vez já estava mais.. teve ali uma fase que estava muito em baixo, mas depois quando começou a ver que estava melhor começou a reagir... inicialmente mostrava-se triste desanimado, apelativo, chamava tudo e todos.. os médicos os enfermeiros... parece que estava a pedir ajuda a toda agente... (AP)*

*Percebe-se muito e eu acho que às vezes que as famílias acabam por... embora com a família eles tentem mostrar mais esperança. (CH)*

*A esperança de vida se calhar descompensou um bocadinho aqui... (MS)*

*É isso a esperança está relacionada com o bem-estar... é isso tenham no fundo uma luz ... sintam um caminho conseguem sentir esse bem-estar e evidenciar esse bem-estar eu acho que a esperança e o bem-estar espiritual estão um bocadinho relacionados porque quem tem esperança manifesta esse bem-estar como eu lhe disse pode não ser completo não é .. (PN)*

*E agora o que em quem é que eu vou confiar? que esperança é que eu tenho que isto se resolva de alguma maneira?... (RG)*

### **Expressa necessidade de assistência espiritual**

*Não, não há muita expressão lá há uma ou outro pessoa até mesmo quando vem aí o senhor padre e isso tudo há pessoas que pronto cumprimentam-no e falam mas também não se abrem muito com ele outras pessoas sim senhora são muito praticantes e têm lá a sua fé muito convicta e conseguem manifestar e estão mais à vontade para isso agora há outras pessoas que grande parte acho que a maioria a maioria das pessoas não (PN)*

*Eu acho e o que me faz sentir às vezes assim um bocadinho mais incapaz e impotente digamos assim é às vezes internamentos prolongados de situações que se calhar não se justificavam esse dito internamento prolongado e a angústia ir começando a instalar-se devido à separação da família a falta do seu ambiente do seu espaço não é e tudo o que é próprio daquela pessoa e a pessoa cada vez a sentir-se mais sozinha no meio da multidão no fundo aquilo que é no meio de tanta gente que passa por aquela pessoa mas que está sozinha e agora aconteceu-me há pouco tempo um caso de uma senhora que esteve aí internada fez duas ou três vezes CPRE foi mais para desobstrução porque de resto também não havia grande coisa a fazer e não esteve cá realmente a fazer nada o que esteve cá foi a sofrer, foi a sofrer e a instalar-se essa dita angústia que nos revelava todos os dias através de várias expressões não é ahhh falta-me as minhas filhas tenho saudades das minhas filhas tenho saudades da minha casa sinto-me triste aqui gosto muito de estar com vocês mas sinto-me triste gosto mais da minha casa gosto mais das minhas coisas todos os dias e ela cada vez a caminhar mais para o fim e acabou por morrer aqui também assim e depois mas porque é que ela morreu porque é que ela morreu porque é que morreu às vezes a tristeza e a angústia também é caminho para isto eu senti muita com esta senhora pronto para já agora faço muitas manhãs não é e estive sempre desde que ela entrou fui eu que a admiti e foi comigo que ela morreu ahhhh muito isto senti que esta senhora morreu não sei se posso dizer isto que morreu de tristeza mas no fundo vi que se instalou naquela senhora muita tristeza muita solidão muita falta das suas coisas da sua família e ela também católica e praticante gostava muito que o senhor padre aí viesse ele por acaso no dia que ela morreu eu chamei e ele veio aí antes de morrer e gostava muito de falar com ele e de estar com ele e acabou por morrer assim sem a gente perceber do que é que ela morreu e porque não foi para fazer nada e agente está ao lado dela nós o que é que faz? O que é que faz? (PN)*

*como por exemplo já tive também ali um caso vieram-me pedir a ver se podia fazer a extrema unção ali não temos grandes condições para isso, pois claro que não temos, porque a gente gostava realmente mais que as pessoas estivessem num sítio mais privado com mais privacidade mas pronto dissemos que sim fechamos a cortinas todas demos o máximo de privacidade que eventualmente podemos dar e acho que é sempre possível termos algum, alguma série de intervenções muitas vezes estas vêm da parte da família porque são as mais íntimas se calhar as que as pessoas se queixam mais não é como por exemplo uma senhora também que ali esteve que era muçulmana e a gente às vezes também tem alguma dificuldade em lidar com outro tipo de culturas e então temos que ir a pouco e pouco investigando vendo perguntando e aqui também a família muitas vezes traz-nos informações importantes aquela senhora porque à hora da visita tinha que pôr o lenço na cabeça tinha que fazer uma higiene antes da hora da visita pronto e são estas pequenas coisas que podem não trazer a tal angústia espiritual presente nestas pessoas de culturas diferentes. (PP)*

*Maioritariamente, temos doentes católicos mas notam-se pedem por vezes pedem pronto o padre Agostinho também dá sempre por aí uma volta não é mas nota-se que eles e eles pedem, pedem o apoio dele mesmo às vezes ele já vem com uma notinha do nome da pessoa que vem visitar porque já tinha um pronto porque já tinha uma ligação ou entretanto estabeleceram ligação no exterior e tentaram encaminhar para aqui mas sim as pessoas pedem muitas vezes esse apoio (RG)*

*Normalmente essas pessoas sim com maior pronto católico mais praticante e até quando o senhor padre aí vem algumas pedem e rezam missas aí com ele e pedem para o padre rezar com eles tivemos aí um senhor invisual na cama 5 que até pediu acho que o grupo todo dele costumava ir à missa e vieram todos aqui antes, dele morrer, mas foi pouco tempo antes no turno anterior ou assim e estiveram aí não sei acho que foi uma missa que fizeram a pedido dele estiveram aí a cantar e aquilo meteu-me assim um bocadinho de impressão estavam fechados aí dentro. (TR)*

### **Expressa alteração do comportamento: tristeza e choro**

*...os doentes já é são muito poucos os doentes que choram à nossa frente ou que desabafam não sei se parecem que não sei se estão se calhar até quando a família estão presente se calhar até nem desabafam digo eu alguns ou para não preocupar ou não mas as famílias desabafam mais e perguntam muito mais os doentes têm não querem perguntar ou não sabem se podem perguntar e as famílias perguntam muito mais que eles às vezes até por exemplo se vou dar um medicamento às vezes têm tendência este é para isto até para envolver mais o doente porque acho que eles às vezes querem saber coisas e não perguntam com medo ou porque pensam ah eu não tenho nada a ver com isto e é trabalho deles não tenho nada a ver com isto é o geral é depois há uns que fazem amizades e que passam melhor o tempo e outros que se isolam de um modo geral (MP)*

*Sim, muitas vezes eles manifestam a angústia espiritual, não por palavras, as vezes apresentam aquela tristeza, mas verbalmente não manifestam. (AJ)*

*E em termos de comportamentos, isso consegue-se perceber a tristeza ... (RG)*

### **Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus**

*...temos presente algumas coisas que estão aqui no documento, questionam muito esta questão do sistema de crenças, muitas das vezes também optam por não praticar ritos religiosos habituais, nesta fase do luto, tem a ver com a revolta, com o desconhecimento da fase que vem a seguir, os doentes têm uma fase que não sabem o que vai vir a seguir, se é quimioterapia, se é rádio, se não é nada e depois apanhamos aqui doentes em fases muito diferentes, nós apanhamos aqui muitas doentes da mama, doentes que vêm ser operadas a neoplasias da mama muitas das vezes é onde isto se nota muito, porque mesmo aqui dentro do internamento, são pessoas que tem contacto umas com as outras, falam umas com as outras, depois é assim quem vem ser operado à mama, nem todas as pessoas têm o mesmo prognóstico, nem todas as pessoas são iguais, e isto às vezes a nível das pessoas ,mostra uma grande angústia. (AC)*

*.. mas parece-me que as pessoas estão desligadas ou será que estão desligadas porque estão doentes e estão zangadas com a sua religião... (BF)*

## **Expressa falta de serenidade**

*...depois é sempre aquela coisa e revelam e manifestam através destes expressões como seja “o que Deus quiser” e “Deus há de me ajudar e Deus me acompanhe”... assim muitas vezes e vê-se muitas vezes esta angústia espiritual às vezes através do silêncio não conseguirem expressar mesmo ... outras pessoas não querem, há pessoas que não querem mesmo e outras têm muita dificuldade depois em expressar aquilo que sentem e os medos que têm relativamente ao futuro ao prognóstico à situação mas eu acho que é um diagnóstico muito pertinente e que faz sentido em enfermagem. (PN)*

## **Expressa sentimentos de culpa**

*..por exemplo lembro-me de um rapaz que esteve aqui muito tempo, era ex-toxicod dependente, estava a fazer metadona e o rapaz, uma pessoa que teve uma ferida traumática numa perna durante um assalto, estava a assaltar a carrinha, não lhe pagavam o ordenado e ele ia com uma caçadeira para assaltar o patrão, a caçadeira disparou e deu um tiro na própria perna, fez pensos mas acabou por ser amputado acima do joelho, um rapaz com 31 anos, ele tinha revolta pela situação e ao mesmo tempo sentimentos de culpa porque foi uma situação em que ele provocou teve a culpa... lembro-me muitas vezes de lhe fazer o penso e de ele chorar e de estar mesmo, era uma situação diferente, não era um acidente onde se vê que a pessoa não tem culpa nenhuma, e diz isto veio-me acontecer porquê? Ele sabia que tinha tido a culpa e isso ainda o martirizava mais, mas numa situação que ele até, muito triste e muito deprimido, eu via que ele tinha um diário onde escrevia o que estava a sentir, depois era um rapaz novo, estava imenso tempo a falar com ele abalou daqui e acho que conseguiu arranjar força para ultrapassar aquilo e não sei também o que se passou, se voltou ao mesmo, mas notava-se as vezes uns dias muito triste muito em baixo, quando começou a andar com as canadianas, depois começou o treino de fisioterapia porque ele tinha força de braços, tinha todo o potencial para se sentir bem e conseguir por uma prótese, e isso depois também o começava a motivar, mas lembro-me que era uma situação e revolta muito marcada. (DN)*

## **Sente-se abandonado**

*A morte a separação da família e por vezes a sensação de abandono da família o deixar de estar presente é isso mesmo e muita gente até revela mesmo que Deus me ajude manifestam muito isto que Deus me ajude que Deus me acompanhe olhe que seja o que Deus quiser quando a gente admite doentes por exemplo que tiverem esse diagnóstico de há pouco tempo e que têm que ser operados é têm que ser operados, cirurgia da mama por exemplo muitas mulheres chegam aí desesperadas depois com o medo da morte e há a questão da auto imagem e todo o processo que ainda vão passar aqui também um bocadinho do sofrimento mas sobretudo a alteração da auto imagem nas mulheres é muito marcante. (PN)*

## AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - EXPRESSÕES SIGNIFICATIVAS

### Escutar/Falar com o doente relativamente à sua situação de doença

*...nós também de alguma forma podemos dar resposta ao sentir essa necessidade do doente nem que seja ouvindo às vezes o que eles às vezes precisam de ter é quem os ouça portanto nós às vezes não temos muito tempo para isso e não sei também se há muita disponibilidade mas eu penso que através da escuta é talvez uma boa ferramenta de conseguirmos ouvir e de alguma forma conseguir resolver essa necessidade (AC)*

*.. eu penso que a escuta dá espaço às pessoas para falarem para exprimirem para tentarmos perceber o que é que elas precisam quais são as maiores preocupações e depois de encontro aquilo que a pessoa nos diz tentamos resolver situação por situação porque as pessoas às vezes nessa fase têm preocupações que a nós nem nos passa pela ideia não é, portanto e isso nós só conseguimos ter acesso a isso ouvindo as pessoas nós temos que dar espaço para as ouvir primeiro e a seguir tentamos perceber o que é que elas querem fazer no pouco tempo que às vezes lhe resta, o que é que para elas é mais prioritário porque as prioridades das pessoas não são iguais às nossas e nós às vezes achamos que as pessoas têm que achar exactamente o que nós achamos e não é assim às vezes até são para nós as coisas mais absurdas mas para as pessoas não são, são coisas importantes.... (AC)*

*...mas acho que uma das situações que a gente costuma usar é ouvir o doente e dar-lhe apoio. (AP)*

*Eu acho que a escuta é muito importante porque se nós não percebermos o que é que realmente angustia as pessoas e se não conseguirmos pôr outras acções em prática, por isso a escuta é um dos pontos de partida para depois tomarmos outras atitudes terapêuticas. (CH)*

*Primeiro que tudo ouvir escutar, acho que é importante o dialogar com as pessoas ouvir as suas preocupações... (CH)*

*É mais a escuta não é? A parte imediata será a nossa intervenção que é só mesmo na base da escuta e do diálogo com o doente, porque intervenção objetiva não temos mais nada (FC)*

*Perante estes problemas de enfermagem o que há para fazer é a escuta ativa que é importante ... (FC)*

*Eu acho que é mais ouvi-los porque eles depois vão chegando lá sozinhos eles precisam de falar e “deitar fora” ... (LC)*

Eu acho que o nosso papel é mais ouvi-los porque eles sozinhos quase que lá chegam eles quase que, na minha experiência eu acho que eles têm a parte negativa mas ao mesmo tempo o facto de estarmos a ouvir, acho que é quase como eles pensarem em voz alta só que não estão a pensar para ninguém, têm ali alguém podemos ajudar. (LC)

...continuo a achar muito uma coisa, aqui pelo menos dos doentes que tenho encontrado, uns na fase de revolta ou que transmitem a sua tristeza e desabafam, mas grande parte deles não desabafa, dá a entender, eu reparo que está ansioso ou que está mais triste ahhh tentamos ter mais tempo para escutar esses doentes dar mais apoio mas... (MP)

Há que lhe proporcionar que ele fale dos problemas, que desabafe e que diga o que lhe vai na alma porque acho que é a melhor maneira de partilhar os problemas e de sentir que de uma certa forma nós os aliviamos, não é o chegar lá e dizer-lhe: então está bem-disposto? como é que está hoje? ahhh vai-se andando ou hoje estou assim, ontem estava melhor e normalmente não se liga muito. Diz-se: mas isso agora vai correr melhor vai correr bem e acabou por ali. Mas deve-se dispor de mais algum tempo para escutar e para discutir os seus problemas. (MP)

É muito difícil porque isto é uma área muito a nível do sentimento e das emoções e é muito difícil para nós... só o silêncio, só o estar perto das pessoas, olhar para elas, olhar diretamente e mostrar realmente o que estamos a sentir, a sentir ... porque mesmo que queira ser congruente e empático nunca sente da mesma maneira... (PN)

Só temos que mostrar que estamos ali ao lado delas, que está alguém ao lado delas e que podemos dar um carinho um toque e ajudar só... olhe não sei... às vezes também nos sentimos muito impotentes nestes momentos, há assim um grande sentimento assim de... (voz embargada/emocionada) (PN)

Em fase de sofrimento, também está em fase de sofrimento e pronto lembro-me assim da situação dela e pelo que nós temos partilhado assim termos de equipa eu acho que nesta situação o que há a fazer é mesmo pronto é mesmo a ver com a comunicação não é a nossa presença o saber estar e o tentar gerir a comunicação para às vezes eu acho que ahhh se nós soubermos estar, saber estar mesmo de uma forma correcta se calhar há situações em que é mais importante e vale mais do que qualquer coisa que nós possamos dizer à pessoa o que é que nós vamos dizer à pessoa assim nesta fase? Não lhe vamos dizer ahhh é uma fase vai passar vai melhorar de facto não vai não é' (RG)

Quer dizer propriamente em estado avançado de doença, podemos sempre associá-lo mas propriamente direccionada assim para essa área não me estou assim a lembrar de nenhum o quê como intervenções temos o gerir a comunicação gerir o ambiente físico depois tentar associá-la ao diagnóstico que achamos realmente mais, mais pertinente não é mas temos, temos então gerir comunicação, o ambiente físico o escutar, dialogar. (RG)

*Eu acho que até só o facto de nós conversarmos com o doente é importante... (FC)*

*Mas mesmo lá dentro para já os doentes lá dentro estão sempre um bocado ali no pós-operatório imediato às vezes a gente dialoga com eles mas não é estão também naquela fase assim mais debilitada (FC)*

*Se calhar tentava estar muito mais com o doente falar muito mais com o doente porque às vezes basta a nossa companhia nessas situações eu acho que sim que é muito importante para o doente nessas situações não se sentir só, não quer dizer que eles se sintam só mas às vezes aqui o stress a nossa corrida aqui as nossas rotinas não nos faz estar tanto tempo quanto nós desejaríamos junto do doente e se calhar é isso que faz falta. Aqui no nosso dia-a-dia o que faz falta é estar mais tempo junto do doente porque o prestar cuidados não é, como agora está tudo informatizado e a gente vai ali para os computadores e a gente perde ali montes de tempo não é isso o importante ainda agora nós tivemos uma reunião, a outra semana, mais coisas informatizadas mais coisas para fazer no computador eu disse logo mas o que é que mais importante é o doente ou é nós fazermos aqui estas coisinhas e estar tudo bem feito para mim é o doente para mim é muito mais importante estar junto do doente e conversar com o doente e tentar perceber pronto ele manifestar porque há doentes que se vêem que nós temos tempo e estamos à vontade com eles, estamos ali com eles, eles libertam-se logo, não é mas se nós chegamos ao pé deles prestamos os cuidados ahh vá vamos embora, pomos um soro, fazemos um penso fazemos a higiene vamos embora. Agora se nós chegamos, começamos a conversar ahh com ele o doente depois abre, abre-se e manifesta aí e manifesta os seus sentimentos e tudo mais e acho que é o mais importante no meio disto tudo é nós passarmos o mais tempo possível com o doente acho que é esta uma grande falha que temos aqui na enfermagem. (FC)*

*Foi para esquecer, a semana passada horrível, horrível a semana passada tínhamos, aí pronto, a enfermaria cheia com doentes muito dependentes. Esta semana tem estado um bocadinho mais calma mesmo assim tem escapado e esta semana tenho conseguido estabelecer há três dias, é a terceira manhã que faço tenho conseguido estabelecer com os doentes com quem tenho estado têm sido sempre os mesmos, uma relação completamente diferente porque até consigo conversar mais com eles e até durante a higiene nós falamos e eu vou sempre falando com eles durante a higiene aproveito aqueles momentos às vezes o doente vê-se que está assim mesmo deprimido se a gente começa a conversar com a pessoa a semana passada, agora estou-me a lembrar tive uma senhora, nos dias desta agitação, que a senhora era mesmo assim para baixo muito deprimida acho que já tinha tido depressão e mesmo em casa ela acho que já era assim e fazia medicação e a senhora tinha feito uma colostomia e era para ter alta logo no dia seguinte mas a senhora pronto muito e um dia eu estava com ela era já o segundo dia e levei a senhora à casa de banho e ela não queria ir “como é que eu vou à casa de banho” e eu, agora não me lembro o nome da senhora, então ainda há bocadinho a senhora foi à casa de banho sozinha ahh e agora não quer ir para tomar banho vamos lá à casa de banho então agarrei nela levei-a pelo braço cheguei lá à casa de banho comecei então onde é que a senhora mora então mora com quem então daqui e dali, e dali bom a senhora tomou banho quase sozinha vestiu-se quase sozinha não referiu mais qualquer queixa viemos muito bem pelo corredor chegou à cama “ai estou tão mal, tão mal” eu até disse ohh mesmo agora estivemos a conversar tão bem tão bem disposta que tem estado e agora chegou aqui à cama já está mal vamos lá arribar pronto só a própria conversa, isto para dizer que só o próprio diálogo com a senhora durante o banho a senhora parecia que estava ótima parecia que tinha ganho outra vida naquele momento.*

*Isto foi a conversa o diálogo sendo que se tem ido uma auxiliar com a senhora ao banho, porque podia perfeitamente ir, a senhora era uma senhora independente, isto não era assim não é portanto por isso é que eu digo que o diálogo é extremamente importante (FC)*

*Nós conseguimos quando não se aproveitam estes momentos é muito difícil a gente agarrar numa cadeirinha que se calhar era o ideal e sentar ali ao lado do doente acho que o ideal era isso. (Risos) Imagino uma pessoa está ali deitada numa cama está mal chega ali uma enfermeira senta-se ao lado acho que até logo ..., isto é que era o ideal. (FC)*

*Sim ahhh e o senhor esteve aí, depois acabou por falecer mas foi muito complicado porque nós depois também não concordávamos muito uns com os outros uns diziam mas isto está mal nós devemos dizer ao doente porque ele tem direito a saber pode ter algum problema da vida dele que ele queira resolver ahhh devíamos falar com a médica e pressioná-la para ela pronto dar o esclarecimento necessário depois outras pessoas diziam não porque o senhor também não quer saber porque quando nós tentamos abordar o assunto ele também foge e é evasivo naquilo que nos diz a nós ahhh não devemos fazer isso acabou por não se falar com o doente nós, da nossa parte também não podíamos estar a dizer diretamente ao senhor, olhe o senhor tem isto tem aquilo vai morrer não podíamos dizer isso ahhh relativamente à família nós tentámos falamos com a esposa porque ela tinha conhecimento e ela o que nos disse foi que o marido não queria saber o que tinha pronto que ele no fundo devia saber por conversas que tinha com ela mas que não queria nem que a família abordasse esse assunto. Pronto ahhh não sei se a nossa em termos, como enfermeiros, não sei se a nossa abordagem ao doente foi a melhor também. (M)*

*Daquilo, daquilo, daquilo que nós lemos, e às vezes eu costumo ler sobre esses assuntos, ahhh o que pronto o que os teóricos também dizem é que os doentes têm direito a saber a verdade e que a maior parte das pessoas querem saber realmente aquilo que têm e que os doentes se apercebem este senhor foi um caso diferente porque no fundo eu acho que ele sabia o que tinha mas não queria que se falasse não queria que lhe dissessem abertamente o senhor tem uma neoplasia e o senhor vai pronto vai morrer não, não podemos fazer mais nada para o ajudar só pronto prestar aqui os nossos cuidados é aquilo que temos para lhe oferecer agora mas eu acho que nós nesse caso também e, eu fui das pessoas que achei que não devíamos obrigar o doente a saber aquilo que ele tinha se a própria esposa dizia o meu marido não quer saber no fundo ele sabe mas não quer que se fale sobre esse assunto, acho que também não temos o poder de obrigar uma pessoa quando ele nos fazia alguma pergunta se nos fazia uma pergunta nós éramos directos e dizíamos-lhe aquilo que ele nos perguntava pronto porque ele, ele ia vendo que de dia par dia ia piorando e dizia enfermeira acha que eu estou melhor o que estou pior então o que é que o senhor acha está melhor ou está pior ahhh eu parece que cada vez estou pior sim realmente hoje está olhe você tem mais dores está com dificuldade, ele tinha muita dificuldade em urinar, teve que ser algaliado no final, ahh e acho que ele que se foi apercebendo eu acho que nós fizemos aquilo que podemos naquilo que ele nos perguntou o que ele queria saber nós dissemos e também acho que não tínhamos o direito de lhe dizer abertamente aquilo que ele não queria perguntar (M)*

Nós, nós achávamos que aquilo lhe causava um grande sofrimento a ele enquanto doente que aquilo lhe causava internamente um grande sofrimento porque pela maneira, ele às vezes perguntava-nos coisas mas se ele via que nós íamos responder ele cortava logo a conversa e não, ele queria saber mas não era a resposta que ele queria, aquilo, ele queria que a gente lhe dissesse que estava melhor e que aquilo que ia correr tudo bem e quando não era isso (M)

O que nós fizemos aqui foi tentar dizer-lhe sempre a verdade daquilo que ele nos perguntava não obrigar o doente porque houve alguns colegas que lhe puxaram, em conversa, foram puxando o assunto a ver se conseguiam chegar lá mas ele também não dava abertura para isso (M)

Não eu acho que ele sabia mas não queria falar no fundo ele ainda estava com aquela esperança isto ainda vai melhorar e eu ainda vou para casa e se fosse um coisa mais prolongada se calhar podíamos ter feito um trabalho se tivesse não sido, se não fosse tão rápida a morte daquele doente talvez se tivesse feito outro tipo de trabalho com ele talvez mesmo o senhor por si se fosse apercebendo e fosse passando pelas tais fases por que eu acho que no fundo apesar de ter consciência que ia morrer mas estava naquela fase de negação não, não isto é ainda para melhorar ainda vai passar é o que eu acho e acho que é difícil a gente tomar uma atitude eu acho que o importante para nós e para os doentes é nós sermos sempre verdadeiros com eles e não mentir aos doentes também ele não era um coitadinho não é ele tinha o direito se ele quisesse saber tudo bem agora impingir-lhe chamar o doente ali à parte e olhe veja lá o senhor isto assim a cirurgia correu mal o senhor vai morrer acho que também que também não devia de ser (M)

E não soube, até agora não sabe, foi a semana passada, e se o doente nos perguntar a nós o que é que nós dizemos porque é a tal história a família não quer mas até que ponto é que é um dever nosso porque é a ética, acho que o doente deve saber da minha parte acho que o doente deve saber, salvo em certas circunstâncias em que já está, sei lá, depende se está com depressão são assim aqueles aspetos as situações mais específicas mas se o doente está consciente está orientado independente até é um direito dele (MP)

## **Incluir a família nos cuidados**

Eu penso que temos que incluir realmente mais a família nos cuidados mesmo pronto o horário está alargado eu acho que podia até ser o horário livre não tinha que ser do meio-dia às oito podia ser um horário livre e a pessoa vir quando pode vir e estar não e por exemplo pode ser na altura da higiene e ajuda-nos a fazer a higiene participa se calhar até se verificava tanta carência pedem enfermeiros em tudo está a ver acho que podia ser um meio para facilitar realmente os cuidados e dar mais apoio ao doente pronto estamos a falar de famílias que realmente têm estrutura sólidas famílias (PN)

Tem boas relações e conseguem dar este tipo de apoio não é podia ser bom podia ser muito bom a pessoa está aqui assiste a todo o tipo de cuidado que a gente faz participa e depois mesmo na participação para a alta e tudo têm muito mais tem uma aceitação e colaboram e aceitam muito melhor a alta do doente porque depois sabem vivenciaram isto aqui sabem que ao chegar a casa é como aquilo que viram e como aprenderam

aquilo que se faz está a perceber eu acho que a família devia ser um elemento dos cuidados mesmo devia ser um elemento não é só um complemento (PN)

Sim tem havido aí várias situações ahhh estou-me a lembrar por exemplo de um doente que nós temos tido até agora no quarto de operados que é um homem poli traumatizado e que pronto e de facto isto verificou-se que foi uma das situações que nós fizemos foi exactamente isso para já deixamo-lo ter apoio da família, mais tempo, apesar de ele estar numa unidade de intermédios em que o horário de visitas é muito reduzido nós detectamos que ele talvez houvesse uma necessidade de uma maior presença da família (AC)

tivemos também na mesma semana outra doente também, que era uma doente brasileira, também uma poli traumatizada que também estava cá sozinha e ela manifestou esta angustia logo no pós-operatório imediato portanto ela não sabia muito bem o que é que tinha acontecido ao resto da família pronto e deve ser uma situação horrível não é a gente saber que está numa cama que está toda partida e o que é que foi feito das outras pessoas não é com a mulher já não se lembrava de nada e aí também aconteceu a mesma coisa também pedimos apoio psicológico e também permitimos a estadia do filho o único filho que ela tinha, com dezasseis anos, também durante o dia inteiro ali ao pé dela. Eu penso que a presença da família de alguma forma consegue diminuir essa angústia, mais até às vezes, isto é na minha opinião, mais até às vezes do que o apoio psicológico. Pronto as pessoas têm mais à vontade com a família porque e a angustia às vezes também passa por não saberem o que é que é feito da família sobretudo no caso dos poli traumatizados de acidentes às vezes não sabem o que é que aconteceu às outras pessoas sabem se têm visitas mas às vezes estão sempre desconfiados que ninguém lhe está a dizer exactamente o que é que aconteceu está alguém a esconder parte da verdade ou toda a verdade e eu penso que nessas situações a presença da família é uma coisa que é muito importante para as pessoas.(AC)

...também muitas vezes temos que pedir o apoio da família não conhecemos a pessoa suficientemente bem para depois conseguirmos ajudar a ultrapassar aquela fase (AJ)

...eu estava na medicina ainda tivemos que chamar a família e pronto como mobilizar a família estar a maneiras de distrair o doente era um homem tentar distrair o doente e tentar uma hipótese para a pessoa aceitar a doença, era uma não-aceitação a falta de vontade de viver era por não aceitar a doença (AJ)

...com a família tentamos arranjar distração e mostrar-lhe que ele ainda era uma pessoa válida e depois com a família tentamos arranjar, ele era uma pessoa muito habilidosa, fazia miniaturas com cortiça e já tinha deixado de fazer, porque não era capaz não conseguia e depois a família até lhe conseguiu arranjar cortiça, ele conseguiu começar outra vez a fazer as miniaturas e estar o tempo ocupado a ocupar o tempo depois já não dei mais seguimento depois já não sei o que se passou depois da alta já não sei o que se passou com o doente (AJ)

Se calhar falarmos mais com a família a ver como é que podemos fazer... (CH)

...alargar o horário das visitas e pedir à família para trazer a alimentação de que eles gostam pronto tenta-se sempre envolver. (CH)

## Oferecer ajuda

*E às vezes fazemos sem intenção de estarmos a ajudar e depois mais tarde vem as pessoas, vem as pessoas e dizem assim ahh você estava cá em tal e tal e ajudou-me bastante e fez isto e fez aquilo e que nós na altura que nem levámos como sendo como estando a ajudar depois mais a mim já me tem acontecido às vezes já tenho ouvido falar de outras colegas estive cá estava cá a enfermeira tal ai ajudou-me tanto fez isto e muitas vezes nós quando estamos a fazer não estamos com a intenção de estar a ajudar mas que os doentes marcam fixam-nos se calhar mais do que nós.* (AJ)

*Eu acho na minha opinião que a nossa intervenção tem que ser sobretudo ao nível da relação de ajuda aqui na relação de ajuda e depois pronto ao mesmo tempo também fazer um bom processo de enfermagem, uma boa colheita de dados, tentar perceber a história um bocadinho daquela, daquela pessoa, quais são as crenças que aquela pessoa tem, valores, isso tudo eu penso que é muito por aí se a gente conseguir aprofundar um bocadinho a colheita e depois intervir ao nível da relação de ajuda, ahhh (PN)*

*São, são, são, são um recurso importante também e depois é por aí é a gente tentar estar um bocadinho próximo daquele pessoa tentar saber mais daquela pessoa e ter um papel muito fundamental na relação de ajuda tentar fazer algumas entrevistas com aquelas pessoas arranjar um bocadinho mais de disponibilidade para conseguir acho eu ...* (PN)

## Mostrar disponibilidade

*Eu acho que é disponibilidade para estar ao pé do doente que a gente às vezes anda aqui muito à pressa e o doente fala e nós nas nossas rotinas, não paremos um bocadinho para ouvir o que a pessoa tem a dizer (AP)*

*Sim, então o rumo que eu acho que os cuidados têm que seguir é para já as pessoas têm que ter disponibilidade eu acho que têm que ter muita disponibilidade* (PN)

*É eu acho que têm que ter disponibilidade e têm que pensar que a enfermagem não é só direccionada a procedimentos e técnicas porque ao associar dos procedimentos e técnicas nós temos que pensar que somos pessoas portanto tudo aquilo que fazemos estamos a trabalhar com uma pessoa não é com um objeto temos que olhar para aquela pessoa o procedimento tem que ser bem feito e se a pessoa dominar bem a técnica pode fazê-lo (PN)*

*O olhar para a pessoa, falar com a pessoas, mostrar-se disponível e que estou aberta para a pessoa poder falar porque às vezes uma postura muito fechada a pessoa não, não nos diz nada rigorosamente. Estamos entretidinhas no nosso trabalho nem sequer nos quer atrapalhar o trabalho pronto como os próprios doentes dizem não quer estar realmente a atrapalhar o seu trabalho não estou aqui a dizer para não incomodar nada não chame não toque para não incomodar e acho que se a gente mostrar um bocadinho estes espírito mais de abertura estiver à vontade perante as pessoas mostrar e tentar um bocadinho eu acho que é a postura não haver superioridade a gente tem que ter aqui não*

*há melhor não há pior nem é o profissional que realmente está dentro do seu espaço e é o dominador está a ver eu acho que isto no fundo é um ambiente transversal e o doente está incluído este ambiente é dele e as pessoas muitas vezes não se sentem eu acho que todos os doentes não sentem que este ambiente seja dele vem de fora (PN)*

### **Encaminhar para o capelão/ministro de culto**

*O encaminhamento às vezes para o capelão se eles verbalizarem mesmo que têm vontade disso outras vezes basta a gente ouvir o doente escutar estar um bocadinho com ele (AP)*

*... se ele for católico ou de outra religião qualquer é encaminhar para o capelão outro tipo de apoio de acordo com a sua religião(AP)*

*Pois é que os doentes cá não têm muito acompanhamento não têm nenhum só mesmo os católicos a presença do padre mas se tiverem outras religiões não têm acompanhamento e é necessário que também tenham (M)*

### **Solicitar apoio de outros membros da equipa de saúde**

*...Estabilizá-lo da parte psicológica naquela desorientação eu ainda há bocado nos estávamos a dizer temos que falar com o médico com ou o apoio psiquiátrico ou uma coisa não sedá-lo mas dar medicação de maneira que ele possa descansar a cabeça que fique mais calmo para depois nos conseguir ouvir porque neste momento ele nem nos ouve nem vale a pena falar com ele que ele nem nos ouve às vezes até é agressivo conosco porque não, não nos ouve pronto é escusado a gente estar-lhe a dizer as coisas porque ele tem lá as ideias dele em geral neste momento se calhar era estabilizar aquela parte física primeiro que tudo estabilizar a parte física depois vamos ver se conseguimos de maneira que ele aceite (AJ)*

*Podemos também pedir alguns apoios pronto são apoios que podem complementar o nosso papel não é assim às vezes o voluntariado estou a pensar por exemplo ao nível da mama a gente às vezes solicita o apoio do voluntariado. (PN)*

### **Alimentar a esperança**

*Alimentar a esperança, não uma esperança irreal e depois o valorizar as pequenas conquistas porque eles acabam por evoluir quase sempre positivamente porque primeiro uma das coisas que muito os angústia é a dependência a perda de capacidades e à medida que vão evoluindo eles vão conseguindo fazer algumas coisas, tivemos lá uma senhora tinha uma neoplasia das vias biliares pronto entrou ali numa fase de choque fez a CPRE pôs uma prótese e quando ela voltou para a enfermaria, primeiro esteve desorienta, mas depois quando voltou, ela estava constantemente ai, ai eu e a gente pergunta eu às vezes perguntava-lhe então mas tem dores sente-se mal está mal disposta, porque ela vomitava muito, está mal disposta não, não então e está assim porquê é tudo, é tudo, é tudo e nota-se agora que ela foi evoluindo não é porque ela estava muito edemaciada e isso tudo que ela já tem outra postura e que já não se verifica esse*

*diagnóstico porque já consegue comer porque já consegue andar sozinha porque já faz tudo por ela acho que a perda de capacidades é uma coisa que os angústia muito se bem também noutras situações não é, esta evoluiu mas quando não evolui é de valorizar o que ainda têm, os factos positivos que ainda têm e pronto tentar que eles aceitem a situação em que estão. (CH)*

*Pois é isso mesmo e realmente o que eu costumo dizer nessas situações quando os doentes mostram assim um bocado mais de ansiedade ou depressão o que é que vai ser agora como é que vai ser daqui para a frente o que é que vai ser da minha vida eu habitualmente, é o que costumo dizer ahh temos que ter esperança, não podemos desanimar vamos viver um dia de cada vez passamos o dia de hoje e amanhã é um novo dia e vamos começar um novo dia com força. (FC)*

### **Solicitar apoio da equipa de cuidados paliativos**

*É assim, nós aí o que tentamos fazer, nós aí o que tentamos fazer e isso é muito comum nos oncológicos é tentamos o mais cedo possível ahh pedimos apoio da equipa intra hospitalar de cuidados paliativos que tem outra forma de abordar as questões e quando mais cedo melhor que o que acontecia ao iniciar é que a gente sim senhora pedíamos apoio mas pedíamos apoio já numa fase avançada ou nunca e isso é mau portanto a gente agora tenta sempre o mais precocemente possível quando temos um doente que está em condição de paliativos o mais precocemente possível contactamos a equipa portanto para também dar apoio nessa problemática.*

### **Fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença**

*... não perdermos a calma não é naquela fase em que ele está agitado não gritarmos e não sermos mais agressivos porque agressividade gera agressividade não é, é o que parece que se passa hoje de manhã acho que a enfermeira tornou-se um bocado agressiva ele tornou-se mais agressivo ainda é essencialmente naquela fase de eles estão agressivos tentar compreender a situação em que ele está não é como disse primeiro que tudo na parte médica também a ajudar não é não é só a nossa parte depois da parte médica agora nesta fase tentar compreender porque é que ele está agitado e falar-lhe calmamente e tentar levá-lo a compreender para que ele se acalme também porque se vamos a gritar em vez de se acalmar agita ainda mais. (AJ)*

### **Não alimentar falsas esperanças**

*Primeiro não dar falsas esperanças acima de tudo, e ter uma visão objetiva do que se passa fora os casos em que a família não quer mesmo que o doente saiba, já tem acontecido, por acaso ainda esta semana falei de uma coisa com uma colega que um doente que teve neo do pâncreas não sabia e a família não queria que ele soubesse até que ponto é que isso primeiro a família pronto decidiu mas se o doente nos perguntar (MP)*

## **Apoiar a reconciliação com a família**

*Sim tivemos aí há pouco tempo, não foi comigo foi com outra colega, um homem relativamente novo que ele não conseguia não falava com um acho que era com um irmão já há algum tempo ahh mas o irmão todos os dias ligava para cá a saber do estado dele e nós na primeira fase ahh nós não sabíamos disto não é todos os dias lhe dizíamos: olhe ligou o seu irmão... e ele não manifestava muita coisa não se manifestava em relação a isso mas depois já mais o estado dele foi agravando cada vez mais e depois já assim num dos dias finais disse-nos que quando o irmão ligasse para nós lhe dizermos que ele gostava que ele viesse cá e depois a gente déssemos-lhe então mas porquê porque eu vou morrer e não gostava de morrer mal com ele a gente fica depois o irmão veio depois lá o que falaram ou não nós não sabemos mas o que é certo é que o irmão veio pelo menos isso foi a vontade dele e acho que isso ficou resolvido. (AC)*

## **Perceber a situação concreta do doente**

*Não perdermos a calma não é naquela fase em que ele está agitado não gritarmos e não sermos mais agressivas porque agressividade gera agressividade não é, é o que parece que se passa hoje de manhã acho que a enfermeira tornou-se um bocado agressiva ele tornou-se mais agressivo ainda é essencialmente naquela fase de eles estão agressivos tentar compreender a situação em que ele está não é como disse primeiro que tudo na parte médica também a ajudar não é não é só a nossa parte depois da parte médica agora nesta fase tentar compreender porque é que ele está agitado e falar-lhe calmamente e tentar levá-lo a compreender para que ele se acalme também porque se vamos a gritar em vez de se acalmar agita ainda mais . (AJ)*