

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



A Espiritualidade e os Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos

Mestrado em Cuidados Paliativos

Monique Correia Alves

2011

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



A Espiritualidade e os Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos

Mestrado em Cuidados Paliativos

Monique Correia Alves

2011

Dissertação orientada pela Professora Doutora Lucília Nunes

Dissertação co-orientada pelo Professor Doutor António Barbosa

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que tornaram esta tese uma realidade.

À Professora Doutora Lucília Nunes, pela compreensão e disponibilidade demonstrada ao longo de todo este processo.

A todos os Professores do 5º Mestrado em Cuidados Paliativos, pelo contributo dado à nossa formação.

À Prof^a Jacinta Martins e à Prof^a Isabel Seixas da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado de Chaves, pela disponibilidade e apoio incondicional que sempre demonstraram.

Às instituições de saúde, pela autorização para a realização da recolha de dados.

À Liliana, pela ajuda preciosa na formatação do texto.

Ao João, pela compreensão e pelo constante incentivo.

RESUMO

A espiritualidade é hoje uma dimensão em crescente valorização na medida em que se assiste actualmente a uma maior preocupação no desenvolvimento quer a nível pessoal quer a nível profissional de forma a proporcionar um maior bem-estar.

Este estudo analisa a perspectiva dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, face à espiritualidade, sua importância e inclusão na prestação de cuidados de saúde.

Trata-se de um estudo com recurso a metodologia qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.

Os dados obtidos foram colhidos por entrevista semi-estruturada a profissionais de saúde a desenvolverem a sua actividade em serviços de Cuidados Paliativos. Segundo os dados obtidos, verificamos que os profissionais de saúde descrevem a espiritualidade de forma diferente, ainda que todos sejam unânimes na clara distinção de espiritualidade e religiosidade.

Concluiu-se igualmente que é atribuída importância à espiritualidade quer na vida pessoal quer na vida profissional onde dizem ser relevante a inclusão desta dimensão na abordagem à pessoa doente.

Por último, verificamos que os profissionais que desenvolvem a sua actividade nos serviços de cuidados paliativos referem alterar a sua forma de estar no quotidiano pela constante aprendizagem que realizam.

ABSTRACT

Spirituality is nowadays a growing dimension element as according to more importance attention is attached to its development, either in the personal level or in the professional in order to provide a major well being.

This study analyzes the perspective of nursing regarding spirituality, its importance and its enforcement in health cares.

The data were achieved by semi-structured interview done to health professionals working in palliative cares service.

According to the information gathered, we observe that health professionals define spirituality in various manners; however all are unanimous in distinguishing spirituality and religiousness.

We noticed that spirituality is also fairly valued or in personal either professional life by the professionals, which emphasize its significance in the approach to the diseased.

Finally, we verified that professionals developing activity in palliative cares service modify their way of being as a consequence of their everyday learning.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	6
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE	7
2. ESPIRITUALIDADE VERSUS RELIGIÃO.....	15
3. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A MORTE.....	18
4. QUALIDADE DE VIDA	26
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	34
1. FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO	35
2. TIPO DE ESTUDO	36
3. LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	37
4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	38
6. A ANÁLISE DE CONTEÚDO	39
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	41
2. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	45
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1. Análise de conteúdo de “Qual o conceito que tem de Espiritualidade”	46
Quadro 2. Análise de conteúdo de “Que importância atribui à dimensão espiritual na vida”	51
Quadro 3. Categorização da questão “O exercício na área dos CP influencia ou influenciou, de alguma forma, a dimensão espiritual na sua vida diária”. 57	
Quadro 4. Categorização da questão “Qual o entendimento que tem da dimensão espiritual na sua actividade profissional do cuidar”	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos do estudo quanto ao género	41
Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos do estudo quanto à idade	42
Gráfico 3. Distribuição dos sujeitos do estudo quanto às suas habilitações académicas	42
Gráfico 4. Distribuição pelo grau de mestre dos elementos entrevistados.....	43
Gráfico 5. Distribuição dos profissionais de saúde quanto à formação em CP em horas	43
Gráfico 6. Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados quanto ao tempo de serviço em CP.....	44

ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. - antes de Cristo

C - Categorias

CP - Cuidados Paliativos

d.C. - depois de Cristo

EUA - Estados Unidos da América

Pág. - Página

Prof^ª - Professora

SC - Subcategorias

UE - Unidade de Enumeração

UR - Unidade de Registo

US - Unidade de Significação

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) correspondem a cuidados de saúde estruturados, multiprofissionais, aliando o melhor das competências técnicas que a ciência e o Humanismo têm a dar aos doentes com doença grave e/ou incurável, avançada e progressiva. Para além de ajudarem os doentes, apoiam também as famílias nas suas perdas, antes e depois da morte do paciente, prolongando-se os CP pelo período de luto. Estes cuidados rigorosos e científicos, na sua vertente médica, assumem-se como uma verdadeira especialidade - a Medicina Paliativa - já reconhecida há décadas em países como a Grã-Bretanha e, mais recentemente, o Canadá, os EUA, a Austrália e a Nova Zelândia^{54,58}.

A espiritualidade é um aspecto central e histórico dos CP, assumindo um significado próprio em relação a outras áreas da saúde. A literatura aponta a espiritualidade como um aspecto positivo dos CP e da saúde em geral e reconhece a necessidade de investigação qualitativa rigorosa em relação à espiritualidade no contexto dos CP^{41, 88}.

É inevitável que a moderna tecnologia científica dos cuidados de saúde se alie novamente à antiga consideração do cuidar com um envolvimento espiritual. Pois só considerando a importância e pertinência da satisfação destas necessidades no bem-estar da pessoa como ser global que é, podemos ir ao encontro do paradigma holístico do cuidar, abordando realmente a pessoa no seu todo, incluindo o mais profundo de si: o espírito⁵⁴.

A associação entre espiritualidade e saúde está documentada em algumas pesquisas científicas. Os primeiros trabalhos nesta área começaram a ser feitos nos anos 80 e têm vindo a desenvolver-se em todo o mundo. De acordo com Saad, “Há evidências de que pessoas com espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos, a ter hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, desenvolvem menos depressão e recuperam-se mais rapidamente”¹⁴.

Num recente levantamento de dados no site de pesquisa para publicações médicas indexadas de maior impacto clínico (sistema Medline) e utilizando as palavras-chave “spirituality”, foram encontrados 4.434 artigos no período de 1982 e 2007³⁴.

A espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos estruturando e atribuindo significado e valores, comportamentos, experiências humanas e, por vezes, materializa-se na prática de um credo religioso específico¹⁰. A interligação entre Espiritualidade/Religiosidade e a saúde, remonta aos primórdios da história em que os poderes da «cura» estavam nas mãos dos que lidam com o espírito (sacerdotes, xamãs, etc), a quem era reconhecido saber tratar dos males do corpo^{72,74}.

As relações entre espiritualidade e a saúde emergem como uma área relevante na investigação actual, tanto no âmbito das ciências humanas como no das ciências naturais. Contudo não se encontra consenso na literatura sobre o conceito de espiritualidade, sendo que muitas vezes surge uma associação directa à prática de uma religião. No entanto, religiosidade e espiritualidade são conceitos diferentes. A religiosidade refere-se ao grau de participação e adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. O conceito de espiritualidade é mais amplo do que o de religião. A espiritualidade é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. Assim, alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática, subjectiva e enfatiza a vida⁷².

Nesta perspectiva, a espiritualidade pode ser entendida como um domínio fora de sistemas religiosos particulares e, embora mostrem variações entre elas, partilham a ideia de importância da espiritualidade num contexto em que as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves. Este conceito é, de acordo com um estudo recente, uma definição científica de espiritualidade não

podendo depender de contextos religiosos particulares; deve ser acessível e observável independentemente de crenças pessoais e pode ser utilizado para caracterizar uma pessoa⁶⁶.

Thotesen, numa revisão de investigação que relaciona a saúde com a espiritualidade, verifica que quanto maiores os níveis de espiritualidade, maiores os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida, menores os níveis de sintomas depressivos e de suicídio, maiores os níveis de satisfação conjugal e menor o abuso de substâncias⁶⁶.

Face às diversas opções, cada um exerce o seu direito de livre arbítrio e vive do modo que considera melhor para si. E é nesta forma que se revela a ética pessoal pela forma de viver⁶².

Nos últimos anos tem-se assistido a um crescente número de publicações sobre a espiritualidade e os cuidados de saúde. No entanto, da literatura consultada, não verificámos nenhum estudo que colocasse em evidência a dimensão espiritual do próprio profissional de saúde que desenvolve a sua actividade em serviços de CP.

Este foi um dos motivos que nos levou à realização deste estudo, para além de um interesse particular pelo tema.

Na actualidade, os CP são uma realidade em crescimento e tem todo o interesse debruçarmo-nos sobre estes profissionais em concreto e sobre o modo como configuram a espiritualidade em termos de significados e enquadramento na sua actividade; daí a selecção do tema “*A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos*”.

Esta temática leva-nos a colocar determinadas questões: Qual a influência do exercício na área dos CP sobre o desenvolvimento da dimensão espiritual na vida diária dos profissionais de saúde? Qual o significado que os profissionais de saúde em CP atribuem à espiritualidade? Qual a percepção que os profissionais de saúde em CP têm sobre a sua

espiritualidade? Como é que os profissionais de saúde em CP enquadram a dimensão espiritual na sua actividade de cuidar?

Para a elaboração deste trabalho, temos como *Objectivo Geral*, analisar de que forma o exercício na área de CP influencia o desenvolvimento da dimensão espiritual na vida diária dos profissionais.

Como *Objectivos Específicos* propomos:

- Identificar o significado que os profissionais de saúde em CP atribuem à espiritualidade;
- Analisar o significado que os profissionais de saúde em CP atribuem à sua espiritualidade;
- Descrever as formas como os profissionais de saúde referem enquadrar a dimensão espiritual na sua actividade de cuidar.

Sabemos que existem várias opções metodológicas para a abordagem desta temática, no entanto, optamos por um estudo do tipo descritivo/exploratório com uma abordagem do domínio da investigação qualitativa.

Este trabalho está estruturado essencialmente em três partes principais. Na primeira parte, abordaremos algumas temáticas relacionadas com a espiritualidade, com a religião, com a atitude dos profissionais de saúde perante a morte, bem como será abordado o tema qualidade de vida. Numa segunda parte será feita a apresentação da metodologia utilizada bem como os seus contextos de implementação. E, por último, segue-se a apresentação e consequente tratamento e discussão dos resultados obtidos.

CAPÍTULO I
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE

Durante as últimas décadas pensou-se que bastava reunir todas as condições materiais de bem-estar e conforto para que a felicidade fosse conquistada. Estamos a constatar que assim não é. Talvez por isso estejamos mais perto de reconhecer o valor e a importância do nosso estado de espírito na forma como interpretamos e avaliamos a realidade^{30,67}.

Por espiritualidade entendemos algo que dá sentido à vida, que nos satisfaz e encoraja no dia-a-dia a encarar os contratempos e as vicissitudes terrenas⁵⁰. A “espiritualidade é o princípio de vida que impregna todo o ser humano nas suas dimensões físicas, intelectuais, morais, éticas e volitivas (o poder de escolher e de tomar decisões)”⁴⁰.

A espiritualidade é o suporte da procura de um sentido para a existência mas, por vezes, é também uma procura de uma ligação a uma dimensão transcendente, para além de si, que dê significado e sentido a uma visão pessoal do mundo e da sua vida, para além da percepção racional. “A espiritualidade é o espaço não codificado, onde cada indivíduo se interroga sobre o sentido da vida e da sua presença no mundo na eventualidade de uma transcendência”⁴⁰.

A espiritualidade é uma força invisível essencial nas nossas vidas, trazendo um sentido de continuidade e significação para a nossa existência. Por vezes não importa viver muitos anos, mas sim viver bem os anos⁴⁸. Assim a espiritualidade não é uma disciplina reservada a alguns “maduros” ociosos e desligados da realidade, mas uma necessidade tão básica como a comida e a bebida para criar um mundo mais harmonioso, um quotidiano mais feliz e uma vida com sentido⁶⁷.

“A espiritualidade é a situação de toda a pessoa humana que procura autenticidade face a si própria, aos outros e à vida; é o sentido profundo dos acontecimentos da sua vida

pessoal, da vida dos outros e da história. Esta procura de autenticidade é a força interior que permite unificar e dar um sentido definitivo à existência⁸⁶.

Ao reflectir sobre o trajecto histórico da evolução da humanidade, constatamos que desde as sociedades primitivas “a crença em espíritos bons e maus influenciou decisivamente o desenvolvimento dos acontecimentos tribais...”⁸⁰.

No antigo Egipto, segundo testemunhos históricos existentes em papiros, as práticas de cuidados também estavam impregnadas de uma aura de espiritualidade.

Na Idade Média os cuidados de enfermagem institucionalizam-se baseando-se num conceito de ajuda que poderíamos denominar vocacional – Cristão – caritativa, em que as necessidades humanas espirituais se antepõem as necessidades físicas, psíquicas e sociais.

Foi a partir a época Renascentista que começou a surgir a cisão entre o corpo e o espírito devido á influência do pensamento de René Descartes. Esta perspectiva do ser humano influenciou fortemente a medicina desde então e, obviamente, teve as suas repercussões na prática de enfermagem até aos dias de hoje⁸⁰.

O conceito de espiritualidade surge sobretudo aquando do “declínio” da Religião; pode dizer-se de forma esquemática que, durante séculos, a espiritualidade foi veiculada quase exclusivamente à religião Judaico Cristã na Europa. Foi com a “época das luzes” e com a separação da Igreja e do Estado no início do século XX que a espiritualidade se torna autónoma: o sentido da vida e os valores podem enfim exprimir-se sem que haja uma ligação com a Religião, suas crenças e seus ritos. A espiritualidade torna-se assim independente da Religião.

Para algumas pessoas, a noção de espiritualidade limita-se a uma dimensão mística ou religiosa. Watson vai para além desta definição e reconhece que cada pessoa possui forças existenciais fenomenológicas e espirituais, assume que cada ser humano é fundamentalmente

bom, único, capaz de se “ realizar perante os riscos da vida e da doença” ^{23,26}. Para estes autores, a espiritualidade integra as noções de globalidade e de unicidade de pessoa.

Perante o conceito de «pessoa», ainda que por definir, toda a gente entende estar a referir-se a algo de específico do ser humano, apesar das diferenças culturais e filosóficas ^{31,70}.

A origem etimológica do termo é insegura. Convém reafirmar que o ser humano, como pessoa, sempre foi o valor central, insubstituível e inegociável. A pessoa não é um simples valor, comparável a outra: não é quantificável mas é valor moral revestido de dignidade ^{42,78}.

Mantida a clareza desta tese ontológica, desde já é preciso acrescentar que a pessoa não é um valor transcendente, sobrenatural ou divino, mas é natural e biológico. O seu conceito é mutável e pode ser repensado, descrito de outro modo conforme a evolução da filosofia e da ciência ⁷⁰.

Só no século XX o conceito de pessoa começou a ser repensado a partir da convergência de três factores:

Primeiro, o peso das teorias evolucionistas, desde o século passado, segundo os quais a vida emerge de um processo de complexificação da natureza do qual o homem é apenas o momento mais avançado; nele a natureza explodiu em pensamento, razão e liberdade, qualidades que sempre foram consideradas pela tradição filosófica absolutamente distintas da natureza, no sentido em que deveriam ter outra origem, uma origem não natural e sim sobrenatural. Para os evolucionistas, porém, estas qualidades ditas superiores provêm das energias da natureza. Por exemplo, para Bergson, tudo surge da duração, inclusive a inteligência e a intuição.

A segunda vertente que questionou o conceito tradicional de pessoa foi o advento do movimento fenomenológico especialmente na versão de Heidegger, Merleau - Ponty e Sartre.

A fenomenologia abandonou o discurso clássico que nos define como essência, animalidade e racionalidade e deu um grande salto ao colocar em segundo plano este conceito substituindo-o pela análise ontológica da existência. Este passo marcou uma enorme virada na compreensão do ser humano e ganhou importância máxima na bioética⁸⁵.

A terceira vertente que questiona o conceito pessoa é o progresso da biologia e da biotecnologia na segunda metade do século XX, levando a problemas que já não são possíveis abordar à luz do conceito antigo de pessoa⁴³.

Forbis sugere três conceitos que podem ajudar a compreender o conceito de espiritualidade. Um primeiro conceito faz referência a uma relação do ser Humano com um ser superior, relação com o sagrado que se situa acima de uma experiência material. O termo espiritualidade pode fazer referência igualmente a uma certa qualidade na vida das pessoas que incorpora a globalidade do ser transcendendo as dimensões de ordem fisiológicas ou psicossociais. Para outros indivíduos, a espiritualidade pode significar a necessidade de dar e receber amor, manter a esperança, encontrar um sentido para a vida, para a doença, para a morte, através “de uma diligência pessoal para realizar-se e actualizar-se”²³.

Autores como Fisf e Shelly, Carson e Watson consideram que estas concepções da espiritualidade demonstram que esta é um fenómeno complexo, dificilmente palpável e multidimensional. Estas concepções fazem referência a um mundo de valores, de crenças e a uma procura de um sentido para o ser ou para o não ser. A espiritualidade é uma experiência estritamente pessoal, ao mesmo tempo quanto à sua natureza e seus significados²³.

À medida que a biotecnologia e a medicina se tornam mais complexas, a espiritualidade e o cuidar espiritual, retrocederam para a obscuridade. Só recentemente se reconheceu a importância dos aspectos espirituais para o bem-estar da pessoa^{30,40,65}.

Para Benson, a visão espiritual da vida inclui considerações sobre mistério, amor, sofrimento. Engloba orações, meditações e a utilização de afirmações positivas para obter um alívio de medos e de preocupações, o encontrar de uma finalidade e de um significado na vida bem como reajustamentos às pequenas alegrias do dia-a-dia^{53,65}.

Daí a dimensão espiritual da pessoa transcender as dimensões físicas e psicossociais: dá sentido à vida e torna-a abrangente. É inerente a todo o Homem na sua condição humana, mesmo ao agnóstico⁵³.

A espiritualidade como a consciência do transcendente, a consciência de algo que está para além da experiência ou do conhecimento humano comum. A espiritualidade não se limita a uma dimensão isolada da condição humana no mundo, mas sim à vida na sua globalidade⁹³.

Ainda na linha de pensamento de Twycross, a espiritualidade coloca assim duas questões fundamentais: 1) «que significa, no meu caso em particular, ser humano?»; 2) «que significa ser um todo?»

A espiritualidade está, assim, ligada ao significado e finalidade da vida, à interligação e harmonia com as outras pessoas, com a Terra e com o Universo, a uma correcta relação com Deus/Realidade última. A espiritualidade faz assim parte da pessoa, representa a sua totalidade como um ser, expressa-se e revela-se de formas diversas⁹³.

São exemplos de expressão de espiritualidade as coisas que uma pessoa valoriza e a forma como toma conhecimento da existência das outras pessoas, a forma como as trata, o cuidado que presta a si próprio e aos outros.

Será “preciso acabar com o preconceito de que quanto maior o crescimento científico, tecnológico, económico, tanto melhor para o homem e maior as esperanças para a humanidade. É necessário modificar esta convicção, enraizada na mentalidade comum desde

o início da Revolução Industrial”⁶¹. “Devemos pensar que o segundo caminho para uma existência feliz, quanto é possível neste mundo, é um sadio reconhecimento com os outros», que ajuda o desenvolvimento espiritual, e ao encontro da paz e tranquilidade, pois «para que a socialização, de massificante se torne personalizante”⁶¹.

A razão da pouca valorização espiritual tem a ver, de certa forma, com a perda de valores humanos, com a dessensibilização da sociedade pelos valores da vida que têm vindo a perder nas sociedades industrializadas e materialistas. Valorizam mais os prazeres terrenos que os espirituais⁵⁰. Segundo Damásio “somos organismos vivos complexos, com um corpo propriamente dito e com um sistema nervoso”⁵⁰. E não podemos esquecer que “o domínio espiritual representa uma parte significativa do que somos. Qualquer distúrbio clínico ou cirúrgico do corpo é reflectido numa alteração da mente e do espírito”⁶.

À medida que se envelhece, a vida intelectual e a capacidade de acção sofrem as consequências da diminuição física. Por isso “o jovem tem mais projectos do que memórias e o ancião tem mais memórias do que projectos”⁴⁸.

O idoso não tem tanta capacidade de acção, no entanto, tem grande capacidade de reflexão. Nas sociedades industrializadas e tecnicistas não se respeita o idoso ao contrário do que aconteceu, por exemplo, nas sociedades tribais de outras culturas ou etnias, como a cigana, em que o idoso é o chefe do clã e é respeitado e venerado. “Na nossa sociedade valoriza-se muito o que é exterior e esta super valorização é uma cilada para a espiritualidade, a visão espiritual faz-nos compreender que com os anos, o corpo diminui de capacidade e esquecemos que a alma caminha em direcção oposta”⁸⁶.

Todas as pessoas têm a sua espiritualidade mais ou menos desenvolvida, representando a totalidade do indivíduo, manifestando-se das mais variadas formas pois do espírito do indivíduo fazem parte as áreas do intelecto, das emoções e do estado físico⁵⁰.

Tem-se definido a espiritualidade como sendo a qualidade básica da natureza de uma pessoa - o que a pessoa é e o que a pessoa faz.

Assim, “cada indivíduo tem a sua própria espiritualidade e necessidades espirituais”⁸.

Com a espiritualidade nasce, portanto, outra expressão merecedora da nossa atenção, as necessidades espirituais⁶⁰.

Por necessidades espirituais entende-se “as variáveis que nos inspiram para transcendermos o mundo material”. Tal como se definiu a espiritualidade, as necessidades espirituais centram-se no nosso objectivo de vida e no sentido que lhe damos^{40,60}.

Algumas das necessidades, que estão relacionadas com a dimensão espiritual, incluem:

- ***Necessidade de significado para a vida*** - a forma da pessoa encontrar um significado para a vida è entendida quando cada um analisa as suas situações de vida procurando entendê-las. É muitas vezes através das situações de crise que cada um as encontra. É nesta procura de uma filosofia de vida que a pessoa se questiona sobre o que está certo ou está errado sobre o valor da vida humana;

- ***Necessidade de amor e relacionamento*** - esta necessidade pode ser interpretada em duas relações distintas, sendo uma vertical (é uma força superior e respectivos valores que orientam a vida do indivíduo, não necessariamente definidos por uma religião específica) e outra horizontal (em que a vida do individuo é influenciada pelas outras pessoas e pelo ambiente). Sendo assim, a vida pessoal de cada indivíduo é influenciada pelos seus valores superiores (a dimensão vertical) com as interacções psicossociais, ou seja, as relações humanas (a dimensão horizontal);

- ***Necessidade de perdão*** - à medida que se caminha na vida e quando cada um procura um significado para as suas experiências de vida poderá sentir culpa e ao necessitar

aliviar-se dessa culpa tem de perdoar. Procurar perdão, quer na dimensão horizontal quer na dimensão vertical, ou nas duas, acaba por se tornar uma necessidade espiritual;

• *Necessidade de ter esperança*, sendo útil que essa esperança se baseie em factos reais do passado ou do presente. Os tipos de esperança podem ter objectivos de esperança concreta ou objectivos de esperança abstracta; os primeiros fazem parte de uma experiência individual e os segundos de um desejo ou uma expectativa que vai para além da existência da matéria⁴⁰.

Cada um de nós tem de encontrar respostas para os desafios da vida que sejam satisfatórios para si próprio⁹³.

São mencionados alguns indicadores prováveis de necessidades espirituais, dor ou mal-estar de forma a que os profissionais de saúde os identifiquem para poderem delinear de forma mais consciente as suas intervenções e o nível a que estas devem ser desenvolvidas⁹. Alguns destes indicadores incluem o sentimento de desespero, desamparo, ausência de significado (os doentes podem isolar-se e tornar-se suicidas), o sofrimento intenso (inclui solidão, isolamento social, vulnerabilidade), o distanciamento de Deus, quebra dos laços religiosos (“já não creio em Deus”), cólera contra Deus, a religião e o clero (“porquê, porquê eu”, “que fiz eu para merecer isto”), estoicismo desmedido e desejo de mostrar aos outros como se devem comportar (“não posso desiludir Deus, a minha família”), o sentimento de culpa ou de vergonha (“a doença constitui uma punição, não mereço melhorar”), sonhos/pesadelos vividos nos quais, por exemplo, se é aprisionado ou se cai num poço sem fundo. Contudo, adverte para o facto de ser importante não se estar convencido de que se compreende a dor espiritual que a pessoa sente, uma vez que só esta é capaz de encontrar as respostas às suas necessidades^{60,93}.

A espiritualidade é inerente ao homem, ela é inseparável da condição humana. A religião é portanto uma das formas de expressão da espiritualidade, melhor definida nas suas estruturas. “Se a espiritualidade engloba a Religião, não se limita a ela: cada ser humano é levado a pensar/reflectir no sentido da sua vida, no seu valor, a sua origem e o seu destino, a sua dignidade. Cada ser está de acordo com a sua consciência, as suas mais profundas convicções e é através do seu corpo, da sua alma e o seu espírito”. Portanto, a espiritualidade é um conceito fluído, difícil de delimitar num quadro rígido, uma vez que depende das experiências ao plano individual.

Segundo o Petit Larousse, a espiritualidade é tudo o que remete para o espírito e para a moral. Cada ser tenta estar de acordo com ele mesmo, quer dizer, com a sua consciência, convicções. Através do seu corpo, da sua alma e do seu espírito⁴⁷.

“Da mesma forma que não se pode curar os olhos sem a cabeça, ou a cabeça sem o corpo, também não se deve tentar curar o corpo sem a alma...Pois a parte nunca pode ficar boa se o todo não o estiver”⁷³.

2. ESPIRITUALIDADE VERSUS RELIGIÃO

A palavra Religião do latim “*Religar*”, ligar ou pôr em conjunto, refere-se quer a um constrangimento/sanção sobrenatural quer a uma prática religiosa. Significa a relação ou a manifestação de fé/ devoção a uma realidade última ou a uma divindade, através de uma prática e obediência a um sistema organizado de crenças e culto sobre a vida, que estabelece um quadro de referência para o comportamento quotidiano³.

Historicamente foram propostas várias etimologias para a origem de Religio. *Cícero*, na sua obra *De natura deorum*, (45 a.C.) afirma que o termo se refere a relegere, reler, sendo característico das pessoas religiosas prestarem muita atenção a tudo o que se relaciona com os

deuses, relendo as escrituras. Esta proposta etimológica sublinha o carácter repetitivo do fenómeno religioso, bem como o aspecto intelectual. Mais tarde, *Lactâncio* (século III e IV d. C.) rejeita a interpretação de *Cícero* e afirma que o termo vem de *religare*, *religar*, argumentando que a religião é um laço de piedade que serve para religar os seres humanos a Deus.

Mais recentemente, afirmou-se que *religio* deriva de *religere*, “reeleger”²⁰.

Independentemente da origem, o termo é adaptado para designar qualquer conjunto de crenças e valores que compõem a fé de determinada pessoa ou conjunto de pessoas. Cada religião inspira certas normas e motiva certas práticas⁴⁵.

Não há muito tempo, a cultura ocidental era religiosa e o modelo de interpretação do Universo fazia intervir a transcendência sobre a forma de Deus. Hoje em dia, a ciência substituiu a religião na credibilidade da sua interpretação do mundo e dos fenómenos e, embora profundamente religiosas, muitas pessoas dão mais crédito à versão científica das leis universais do que a versão religiosa. Dizer que algo “está cientificamente provado” é, hoje o supremo certificado de validade. Embora este domínio absoluto da ciência seja contestável, corresponde à opinião generalizada da nossa sociedade⁶⁷.

O mundo atómico e sub-atómico, por exemplo, escapam à nossa percepção e, por isso, num certo sentido, também “transcendem” a realidade habitual. Certas correntes científicas procuram mesmo um “sentido” para o Universo e nomeadamente para o aparecimento da vida consciente, partindo de axiomas e de leis científicas. Embora esta questão pareça ser filosófica e apenas do interesse de uma minoria das pessoas, a verdade é que, quando nos interrogamos sobre o sentido global da vida, fazemos apelo a uma interpretação mais vasta da nossa existência neste mundo.

Nem toda a gente tem necessidade de encontrar esse sentido global. Uns pensam nisso, outros não. Entre aqueles que pensam, uns adoptam uma tradição religiosa, outros procuram uma resposta pessoal. Outros ainda rejeitam limiamente qualquer resposta desta natureza⁶⁴.

Em Portugal, muitas pessoas que se afirmam católicas não praticantes não o fazem apenas por razões culturais ou sociais mas também, de alguma forma, por sentirem que, se precisarem, podem encontrar na religião a resposta à questão do sentido global da vida.

Quando pensamos em espiritualidade ou na dimensão espiritual do homem, somos muitas vezes, reducionistas ao ponto de considerarmos estes conceitos como sinónimos de Religião^{71,95}.

É “frequente confundir religioso com espiritual. É certo que não há religiosos sem espiritual mas, segundo o pensar de muitos, pode haver espiritual sem religiosos, pelo menos no sentido de uma estrutura formal das religiões ou seitas concretas”. Deste modo, a “espiritualidade é um conceito muito mais amplo do que a filiação ou prática religiosa”²⁸. Podemos encontrar pessoas com a sua necessidade espiritual satisfeita sem praticar qualquer ritual religioso, se entendermos que a “dimensão espiritual de uma pessoa é aquela que transcende as dimensões físicas e psicossociais: dá sentido à vida e torna-a abrangente”⁴⁰.

Espiritualidade é, portanto, diferente de religião, é algo mais fundo, é um sentimento profundo de integração de valores, que é diferente de religião. Há duas dimensões, uma externa e outra interna, sendo a religião a externa, e a espiritualidade a interna^{45,50}.

A religião “é uma crença no sobrenatural” e a espiritualidade “é uma qualidade mais ampla do que a anterior. Tenta obter inspiração, reverência e respeito, mesmo dos que não acreditam em nenhum Deus”².

A espiritualidade pode dar à pessoa uma base para a ajudar a vencer em situações de crise; quando estas fatalidades acontecem, as pessoas procuram encontrar um alívio para os medos, para as preocupações, encontrar uma finalidade e um reajustamento às pequenas alegrias do dia-a-dia^{30,45,71}.

“A espiritualidade é um termo mais amplo do que a religião”⁷⁶.

Para Murray e Zentner, as necessidades espirituais não representam o mesmo que religião. “A religião é uma crença no sobrenatural ou na força divina que tem poder sobre o universo e comanda a adoração e a obediência, um código abrangente de ética e filosofia. A espiritualidade tenta obter inspiração, reverência e respeito, mesmo dos que não acreditam em nenhum Deus”².

“O termo religião exprime a ligação que existe entre o ser humano com o divino, a ligação do humano ao divino”⁸⁶.

Marx considera a religião como ideologia, como produção material que toda a sociedade faz nascer. É a “consciência invertida”, o “ópio do povo”²¹. Já Durkheim considera que religião é “um sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas interditas, crenças e práticas que unem numa mesma comunidade moral, chamada Igreja, todos a que ela aderem”²¹.

3. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A MORTE

Na luta pessoal contra um mundo por vezes adverso, o Homem sempre se confrontou com o enigma da vida, da dor, do sofrimento e, especialmente, da morte^{68,69,84}.

Sendo a morte uma realidade, o Homem poderá lastimar-se da sua herança cultural, da sua educação e da sua formação profissional que não o ensinam nem o preparam para enfrentar a (sua) própria morte. Perante ela é induzido a desvendar o que ainda é segredo.

Como não o compreende, tende a falar sobre a sua morte de uma forma abstracta, como se estivesse a referir-se a algo que só acontece aos outros^{25,39,52,68}.

As epidemias foram responsáveis, em gerações passadas, por muitas das mortes ocorridas. A morte nos primeiros anos de vida era frequente e poucos foram os familiares que não perderam um dos seus membros numa idade precoce. Quando olhamos para trás no tempo e estudarmos antigas culturas e povos, impressiona-nos que a morte sempre tenha sido desagradável para o homem e, provavelmente, sempre o venha a ser no futuro. A morte continua a ser um acontecimento temível e assustador e o medo da morte é um medo universal, ainda que pensemos que a dominamos a muitos níveis. O que mudou foi a nossa forma de lidar com a morte e com o processo que ela conduz^{35,46,69}.

A morte foi, durante séculos, uma coisa natural e aceite. Foi assim até ao fim do século XIX. O ser humano é mortal e, quando sente a aproximação da morte, pode preparar-se para ela. A morte da pessoa era um acontecimento social. Envolvia os familiares, amigos, vizinhos e pode-se, por isso, dizer que era uma “morte pública”^{25,39}.

A partir de meados do século XX, o fenómeno da morte abandonou o mundo das coisas de família e foi-se retirando dela furtivamente. Na sequência dos avanços técnico-científicos e até das manifestações sociais, a morte troca a casa pelo hospital^{22,25,89}.

A morte passou, desde então, a ser ocultada, a ser como que tabu tanto mais inconfessável quanto mais inaceitável e tanto mais impensada quando mais julgada desprovida de sentido. Como diz Philippe Ariès, a morte desejável é aquela de que não nos apercebemos. As sondagens existentes confirmam que ninguém queria ver-se morrer. As pessoas querem morrer de forma brutal, com um enfarte do miocárdio ou com uma ruptura provocada por um aneurisma ou então, durante o sono. Essa morte, considerada ideal,

permite evitar o sofrimento, a degradação, a agonia e a angústia, face ao desconhecido da morte³⁷.

A sociedade induz a uma vida ocupada, dedicada à aquisição de bens materiais em que o tempo se esgota numa correria desenfreada “de um lado para o outro”, em que há uma tendência para libertar o Homem de obrigações e “embaraços”, nomeadamente em relação aos familiares. Desta forma, quando a pessoa se torna mais dependente, ou quando a sua morte está iminente, é entregue a organizações de solidariedade social ou aos hospitais. A morte surge assim, como um entrave ao desenvolvimento rotineiro da vida e é encarada como uma punição, uma inconveniência ou uma injustiça^{22,25,35,39}.

Todos conhecemos as consequências desta recusa da morte “A recusa da morte vingase na negação da vida”³⁷.

Na tentativa de compreender sob que forma a morte poderá ser definida como uma série de estágios ou o desenlace das categorias que envolvem a comunicação com os seres vivos, segundo Glascock e Braden será de toda a utilidade compreender que, para a maioria dos indivíduos das sociedades de pequena escala, a morte é apenas uma transição. A transição leva o seu tempo, possivelmente terá de envolver a ajuda dos sobreviventes ou futuros sobreviventes, podendo também implicar várias fases. Noutras culturas, a metáfora de transição poderá implicar o ascender a planos espirituais sucessivamente superiores, estágios de grande integração com o mundo espiritual, ou estágios que se movimentam relativamente à distância física e emocional dos vivos. É também interessante notar que na maioria das sociedades de pequena escala, senão em todas, a morte é uma transição para nada, mas para um outro estado^{68,82}.

A morte humana é, qualquer que seja o olhar, uma realidade complexa. Traduz-se como “o acto final da vida (...) a morte é o que marca o fim sobre a Terra, tal como o nascimento marca o início”⁸¹.

Para todo o ser humano, como para qualquer ser vivo, há uma lei universal da qual temos que estar profundamente conscientes: houve um início para cada um de nós e haverá um fim. A morte é “apenas um acontecimento pessoal na história de cada Homem e esse acontecimento diz-nos respeito a todos nós”³⁸. Apesar disso, não tomamos consciência da morte e encaramo-la muitas vezes como um fracasso, um erro, um engano e não como o limite natural da vida⁶⁵. Evitámo-la e esforçamo-nos por esquecê-la.

O nosso verdadeiro medo pode ser o medo da morte, mas também o medo de encontrar a nossa miséria, a nossa vulnerabilidade, a nossa impotência face a desintegração do outro, “o medo de ser destruída uma certa imagem que temos de nós próprios (...) em que a capacidade de controlar as situações e dominar as emoções é fulcral”²⁵.

Segundo Maeterlink, assim como nascemos, crescemos e aprendemos a andar, a escrever, entre outras aprendizagens, bem como a enfrentar as dificuldades, a consciencializarmo-nos das nossas capacidades, também a aprendizagem sobre o lidar com a nossa morte, deveria estar circunscrito na vida. Desta forma, a sua imagem estaria integrada na nossa preciosa existência, por exemplo, não adiaríamos projectos e a relação connosco e com os outros seria deveras gratificante. Seria saudável que todos nós tivéssemos a imagem da nossa morte e “aprendamos pois olhá-la como ela é em si, isto é, libertada de horrores da matéria e despojada dos terrores da imaginação”²⁵.

A morte é, no entanto, “uma parte natural da vida e todos nós teremos de a enfrentar mais cedo ou mais tarde”¹³.

A morte está associada a três conceitos essenciais: irreversibilidade (significa que depois de morrer não se pode voltar á vida; entende a morte como algo permanente); não funcionalidade (exprime que todas as funções que definem a vida cessam com a morte); universalidade (expressa que todos as coisas que vivem morrem e tal como é inevitável)¹.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a morte é um fenómeno pertencente ao “desenvolvimento físico, com as seguintes características físicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida, a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral”⁶³.

A morte é algo de bastante complexo, como tal, o seu momento exacto pode revelar-se difícil de determinar, visto que a formulação de critérios para a sua determinação é influenciada por vários pontos de vista distintos: biológico, moral, social, religioso, legal, espiritual, entre outros.

Nos dias de hoje, em que assistimos a um avanço médico-tecnológico crescente, a morte tornou-se um tabu, sendo muitas vezes, frustrante para os profissionais de saúde assumirem que já nada podem fazer no sentido de curar os seus doentes⁸⁹.

Segundo Cassidy, “Lentamente, inclino-me sob o peso da impotência. Sinto-a na minha própria vida e vivo com ela no meu trabalho. O segredo consiste em não a temer e não fugir dela, os moribundos sabem que não somos Deus. Pedem apenas que não os abandonemos”⁹³.

Segundo este autor, os principais medos face à morte são descritos por vários investigadores, que apontam:

- A angústia da separação: a morte é vista como uma ruptura e não como uma continuidade de um momento já esperado no processo de vida. A separação de familiares e

outros entes queridos é sempre equacionado no processo de morte e acarreta grande angústia e enorme sofrimento, dado o seu carácter irreduzível;

- O medo existencial: “o medo existencial da morte, de deixar de ser, encontra-se no fundo de cada pessoa e, em geral, permanece inconsciente”⁹⁰. Na maioria das situações, as pessoas nunca acreditam na possibilidade de poderem deixar de existir;

- O medo da dor: o mais comum de todos os medos é, para o mesmo autor, “que a morte seja dolorosa (...) a frase: morreu de agonia, parece estar gravada na mente das pessoas motivando uma expectativa mal fundamentada”;

- O medo da perda de controlo: o curso da morte envolve a perda progressiva do controlo sobre a própria vida. Ainda que seja parcialmente ilusório, o ser humano anseia poder controlar tudo à sua volta, escolher o que fazer e quando fazer. No entanto, mais assustador do que a perda do controle dos acontecimentos externos e das actividades é a perda de controlo das funções corporais e mentais;

- O medo da morte súbita traduz o medo irreal e paralisante da morte repentina. Esta é temida, porque consciente o homem tem noção de que a vida lhe parece incompleta. Não dá oportunidade a despedidas, pedidos de desculpa, elaboração de testamentos, etc.

- O medo do desconhecido e o medo da solidão - “o mais terrível e intolerável na ameaça da morte é a solidão, isto é, o sentimento de ficar à parte na vida dos outros”³².

Os profissionais de saúde vêem-se frequentemente confrontados com a morte, sobretudo as que desenvolvem a sua actividade em hospitais: unidades de internamento, serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos e unidades de CP²⁹.

“Qualquer contacto com a morte ou com o processo de morrer desperta uma inevitável resposta específica (...) tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la e negá-la, o confronto com a morte é gerador de tensão, stress, tristeza, actividade exagerada e fadiga”⁹⁰.

Tal situação pode prejudicar não só a eficiência na vida social e profissional como interferir na vida pessoal e familiar.

Os enfermeiros, enquanto pessoas, têm características individuais com reacções e comportamentos diferentes, não só pelas influências da sua família durante a infância e adolescência. Há muitos comportamentos e maneiras de ser, reagir e adaptar-se. Assim, face a um doente em fim de vida, cada enfermeiro reage de forma diferente, ou seja, tem manifestações próprias¹⁷.

A enfermagem está intrinsecamente ligada à preservação da vida, ao alívio do sofrimento e à recuperação da saúde; concomitantemente, a morte e o processo de morte, são para os profissionais de enfermagem, “um dos maiores desafios que a prática do quotidiano lhes coloca”^{12,18}.

É frequente os enfermeiros verbalizarem sentimentos de alívio pelo facto de um doente não ter morrido no seu turno, manifestarem dificuldades em comunicar um óbito, incapacidade para dar resposta ao doente perante questões sobre o seu prognóstico e necessidades da própria família, entre outros^{17,18}.

Neste contexto, refere que o enfermeiro face à morte experimenta quatro tipos de sensações: sensação de fracasso; sensação de espelho ou projecção (imagina-se a si próprio numa situação idêntica e prefere afastar-se para não ter de enfrentar o problema); sensação de pudor (pensa que é bom deixar o doente em processo de morte só, uma vez que neste momento não deve ser perturbado na nossa relação com os valores, filosofias ou crenças que marcam a sua vida); sensação de mistério (fá-lo percorrer fantasias) intelectuais sobre a morte, e sente o peso das contradições, deixando o doente sozinho porque o problema de momento não é o dele). Não é a morte que provoca angústia nos prestadores de cuidados, mas

sim o facto de ela poder ser acompanhada de violência, de revolta, de lágrimas, de emoções insustentáveis, despoletando uma multiplicidade de atitudes⁴⁹.

Em suma, a morte é, sem dúvida, um acontecimento bastante desgastante para os enfermeiros em todas as áreas de prestação de cuidados.

Existe uma série de elementos que dificultam o confronto do profissional de enfermagem com a morte, como seja: educação académica reduzida e excessivamente biomédica, ênfase dado aos aspectos curativos, excessiva burocratizante nos hospitais, divisão vertical das actividades anulando o trabalho de equipa, exclusão da morte do contexto social, carência de recursos psicológicos adequados¹⁶.

Apesar dos enfermeiros se depararem com frequência com a morte, no seu quotidiano, esta frequência da sua presença não a torna mais fácil de encarar.

“Depois de alguns anos a acompanhar pessoas nos seus últimos instantes, não sei muito mais sobre a morte. Em contrapartida, a minha confiança na vida não cessa de aumentar. Vivo agora com mais intensidade e com uma consciência mais aguda tudo o que me é dado a viver, alegrias e penas e também todas as pequenas coisas do quotidiano às quais normalmente não ligamos, como respirar ou caminhar. Devo-o àqueles que eu supostamente acompanhei mas que, pela humildade em que o sofrimento os mergulhou, se revelaram verdadeiros mestres”³⁶.

Não existem categorias humanas globais quanto à compreensão da morte; a forma como as pessoas encaram a morte está culturalmente arraigada em toda a parte. Uma forma de verificar que as categorias de uns não se encaixam nas realidades de outros pode passar por ter em conta as suas formas de serem iletrados, não informados, supersticiosos, menos desenvolvidos ou qualquer outra forma de imperfeição. Porém, uma atitude etnocêntrica é inútil. A tentativa de oferecer compreensão e assistência aos indivíduos de sociedades

diferentes da nossa não justifica o facto que privilegiemos a nossa cultura preterindo a cultura daqueles que pretendemos compreender e ajudar. O procedimento apropriado deverá dirigir-se para a aprendizagem, respeito e compreensão das realidades dos outros, não dando importância às divergências existentes entre ambas as realidades^{79,82}.

4. QUALIDADE DE VIDA

O que é qualidade de vida? Será que uma vida pode existir sem qualidade? Como é que se pode acrescentar qualidade à vida? Quais são os critérios de uma vida com qualidade? Serão tais critérios objectivos ou meramente subjectivos? Haverá uma gradação possível no discernimento de uma vida com qualidade, com maior qualidade?

Os exemplos não faltam e podem ser repetidos até à exaustão. Um jovem que passa todos os fins-de-semana numa discoteca, tem qualidade de vida? O gestor, que ganha fortunas, mas que pode ser despedido quando surge uma crise financeira, tem qualidade de vida? Uma velhinha que já não tem todo o juízo e vê fantasmas, tem qualidade de vida? Os doentes nos cuidados intensivos, os prematuros nas incubadoras, terão eles qualidade de vida? Não iremos prolongar esta enumeração, sob pena de cair numa ladainha que poderá ocupar todo o tempo desta reflexão⁷⁷.

De “qualidade de vida” todos temos algum entendimento prático, subjectivo, dificilmente definível, apresentando-se como um “ideal” desejável ou até mesmo devido. O conceito é relativamente recente e surgiu no âmbito sociopolítico, frequentemente ligado às questões económicas, demográficas, ambientais e de saúde pública.

Hoje, a pergunta bioética pela qualidade de vida faz todo o sentido, pois, numa visão mais complexa e integrada, o seu objecto de investigação e as suas propostas de atitude são, precisamente, em ordem a indicar aquilo que é condizente com o que deva ser uma vida

verdadeiramente humanizada, responsabilizada por se autopromover e de denunciar e corrigir a degradação do humano por atitudes e situações de imoralidade ou amoralidades redutoras da pessoa humana⁵¹.

Percebemos que o tema actualmente debatido, da qualidade de vida é complexo, porque geral e impreciso, podendo orientar a atenção para uma multiplicidade de pistas de reflexão diferentes, cujas conclusões não deixariam de entrar em conflito ou de ser quase irreconciliáveis, como se uma vida de qualidade fosse para alguns o exemplo exacto de uma vida tão desprovida de qualidade, que não valeria a pena ser vivida⁷⁷.

Começaremos por perguntar então se a qualidade de vida é idêntica ao valor da vida.

Se assim fosse, uma vida sem qualidade seria uma vida sem valor. Mas a pergunta de Gabriel Marcel e de Merleau- Ponty, a propósito do corpo, parece também aplicar-se ao valor. Será que tenho um corpo ou que sou um corpo, pergunta a fenomenologia existencial. Do mesmo modo, a vida tem valor ou é um valor? Qual a relação entre os valores que a vida pode ter e o valor que a vida pode ser? Costuma-se dizer que viver é, para nós seres humanos, o primeiro valor, o valor mais básico, no qual se enxertam todos os outros valores. Mas não fazemos se não recuar a dificuldade: o valor da vida depende também dos valores que a vida tem, dos valores que dão à vida a sua especificidade existencial concreta, ou a vida é, em si mesma, um valor tal, que não depende fundamentalmente das circunstâncias nos quais o ser humano se encontra?⁷⁷.

A vida é um valor imutável, tem uma qualidade que está ao abrigo de todas as degradações; o valor da vida ou da qualidade e vida seria um atributo ontológico da própria existência. A vida é um valor que se manifesta nos valores que ela vive, assim como estes valores precisam de ter a sua âncora no valor que a vida é de modo não condicional.

A vida humana é um valor em si, na medida em que este valor está presente como o fundamento de toda a vivência de todos os valores particulares. A expressão «valor em si» a propósito da vida significa que este valor não depende de outros valores para valer. Comentando livremente diremos que o valor da vida corresponde a uma adesão simples e absoluta, sem a qual podem abrir-se subtilmente as partes de uma cultura de morte⁷⁷.

A questão é evidentemente antropológica. Isto é, trata-se de saber o que é a vida e, particularmente, a vida humana. Esta é a questão de fundo de toda a ética. E é nessa compreensão de fundo do que seja mais (melhor) vida para todos e cada um que surgem as diferenças de entendimento, mas é também aí que se há-de encontrar algum consenso.

Apresentam-se duas entradas para este desafio, uma o que nos diz uma antropologia dita científica sobre os traços caracterizantes do “ser humano”, outra, a visão do que seja essencial ao “ser pessoa”, que uma antropologia filosófica nos possa revelar⁵¹.

Pode dizer-se que a qualidade de vida não é um resultado linear nem adquirido de uma vez por todas e para todos de modo genérico.

Hoje é do senso comum que ter saúde e ter dinheiro não bastam à tal “qualidade”. Mas, “não ter”, pelo menos no mínimo que se podem discutir, também não parece admissível. Então, em que medida a quantidade (de vida, na vida) afecta a qualidade? A qualidade de vida não se pode medir quantitativamente, mas poderá ser avaliada por um sistema equilibrado de indicadores. Podemos então reflectir sobre os “indicadores” antropológicos, para uma vida dita humana e humanizante.

Numa antropologia científica, é de considerar quatro indicadores: o ser Humano é biológico, é psicológico, é social e é cultural. Há que ter em conta a sua saúde, realização e crescimento biológico, condições de tratamento e cuidados vários, bem como a satisfação de necessidades básicas como a alimentação, a higiene, a casa, etc. De igual modo atender à sua

vida psíquica e afectiva, que podem estar distorcidas ou até impossibilitadas de se expressar, temporariamente ou não, tornando-se óbvio que só por aqui não se pode pronunciar sobre a qualidade de vida de um deficiente, por exemplo. Outras formas e situações como a solidão, a escravatura e as manipulações, podem anular ou perturbar “altos níveis” de outros indicadores⁵¹.

A condição de ser social com direitos e deveres respeitados e exigidos (ou não), bem como o grau de segurança e participação, afectará os outros indicadores, quaisquer que sejam. Igualmente, o índice cultural, dando a possibilidade de pronunciar a si e aos seus a instrução suficiente, mas também o acesso ao mundo do trabalho, da arte, da comunicação e o exercício do sentido crítico, podem afectar, mais ou menos gravemente, o todo e a disposição de si mesmo para crescer e ter gosto de viver. E note-se ainda outra ambiguidade frequente neste campo, por se confundir “civilizado” com “culto”: o acesso aos instrumentos da técnica e da civilidade, mesmo o mero saber usá-los de modo socialmente correcto, não é, só por si, indicador de cultura nem de vida cultivada⁵¹.

Passando à antropologia filosófica, haverá que considerar outros quatro indicadores. Estes afectam, pela base, todas as anteriores. Parecendo ligadas ao ser cultural da pessoa humana, revelam a orientação de fundo da pessoa toda como um todo⁵¹.

A pessoa humana é relacional. E como tal é sempre carente de amor e de afecto em todo o seu percurso e em todas as frentes. Não sendo estruturalmente auto-suficiente, distingue-se do animal, preso aos seus ritmos, pela liberdade moral, que é um processo de autonomia nas interdependências que a constituem. Isto é, sem ser amado, como experiência sua e por si, por mais que tenha saúde, dinheiro, posição social, não saberá gerir uma vida dita humana, será sempre fonte de violência para si e/ou para os outros. Qualidade de vida é poder dizer “eu valho” para alguém.

A *pessoa humana é, constitutivamente, uma abertura, um “ser para...”*, que só se reconhece a si mesma como humana se se poder transcender, viver por um ideal e um valor. Sem transcendência, isto é, sem sair de si mesma, confinada ao servilismo, sem futuro, sem razão de ser, sem objectivos, nem finalidade... a sua vida não terá qualidade. Qualidade de vida é poder dizer “a vida vale a pena”.

Ser pessoa é ser membro (vivo) de um corpo social, de uma família. Sem sentido de pertença, nem de participação, pode começar a “despersonalizar-se”, compensando-se com afirmações ambíguas de individualismo e pragmatismo que sendo contra os outros são também contra si mesmas. Esta desvinculação (que leva depois à desresponsabilização e às culpabilizações) enganosamente procurada ou imposta anula a qualidade de vida. Qualidade de vida é poder dizer “faço parte, eu conto!”.

Consequentemente, *ser pessoa é ser responsável e poder ser responsabilizado pelo seu bem e pelo dos outros e pelo mundo onde se situa.* A pessoa “sem qualquer sentido de missão” no mundo está “demitida”, enterra os seus talentos ou vive-os contraditoriamente, tende a perder o sentido ético e desumaniza-se. Pior, com saúde, poder económico e saber pode tornar-se perverso... e o autor de qualquer perversão é a sua primeira vítima, porque no próprio agir se degrada como pessoa. Qualidade de vida é dizer: “tenho um papel a cumprir”. Mesmo que seja doloroso, contem comigo, pois não faço só parte do problema, faço parte da solução.

Verificamos que a nossa análise nos fez deslizar pouco a pouco da qualidade para o valor e do valor para o sentido. Daí possa surgir então a questão: o que é que a problemática da «qualidade de vida» ganha quando se abre a questão do sentido? Toda a gente fala do sentido da existência, ou do seu não-sentido, como se cada uma de nós fosse o mestre, o dono

do sentido. Será assim que o sentido se apresenta? Não será inútil fazer um breve desvio pela fenomenologia para clarificar alguns aspectos particularmente relevantes do sentido⁷⁷.

A primeira consideração é simples. Segundo Husserl, o sentido não existe senão para a consciência e para uma consciência humana dotada da capacidade de reflexividade, isto é, capaz de se voltar sobre si próprio para analisar aquilo que guiou o seu curso espontâneo, a sua vida «prereflexiva», isto é, a sua vida antes de toda a reflexão, antes do seu retorno, retrospectiva sobre si mesma. Mas a questão difícil, e que tem uma aplicação concreta imediata, consiste em saber quem o que constitui o sentido. Será que a consciência é a origem do sentido, como se fosse só ela que criasse o sentido, ou o sentido é descoberto pela consciência, porque de certo modo já se encontra disponível, pronto para ser captado? A fenomenologia mostra que o sentido do que quer que seja não existe fora da sua relação com a consciência humana (não estando em causa aqui a consciência divina)⁷⁷.

Sabemos que o sentido da existência não poderá ser imposto a uma consciência humana sem o seu assentimento, pelo menos implícito. Mas isto dito, ainda não nos é dada a resposta: onde se encontra este sentido, será meramente descoberto pelos outros ou inventado por mim? Do ponto de vista que nos interessa, os dois ramos da alternativa são possíveis e fecundos, desde que eu consiga aceitar e interiorizar este sentido, descoberto, inventado ou proposto. Raras, com efeito, são as pessoas que inovam quanto ao sentido da existência: algumas pessoas, tal como dizia Pascal, vivem no divertimento, despreocupadas ou preocupadas quase permanentemente com futilidades, outras podem investir no dinheiro, na busca de poder ou na ânsia de reconhecimento, o sentido da sua existência não ultrapassará o registo das finalidades imediatas das suas actividades.

Acrescenta ainda que a questão sobre o sentido da vida, não nasce se não quando surgem obstáculos. Mais cedo ou mais tarde, cada pessoa é confrontada com dificuldades,

provas, doenças, lutos, decepções, fracassos externos e visíveis, ou interiores e quase invisíveis, que põem em causa o sentido da existência. Além disso, o espectáculo do sofrimento dos outros à nossa volta, assim como a maldade de que somos testemunhas involuntárias, contribuem sempre para levantar em nós não só o «porquê tanto mal», mas qual é o sentido da existência confrontada com o mal sob todas as suas formas.

O sentido da vida, o valor da vida e a qualidade da vida tecem então entre si uma relação íntima e profunda.

A qualidade de vida é muitas vezes confundida com uma vida sem problemas, sem obstáculos ou sem sofrimento. Por detrás desta ideia errada está a convicção de que o sofrimento diminui a qualidade de vida, sendo incompatível com ela.

Podemos portanto concluir que aquilo que constitui a qualidade da vida não é antes de mais nada a sua finitude, nem a sua longevidade, mas o conteúdo de valor e de valores aos quais ela consegue dedicar-se. Alguns podem considerar que o dinheiro é o primeiro valor na vida, obterão com certeza todas as vantagens que ela pode trazer: luxo material, viagens e prazeres. Mas se é verdade que «eu sou» fundamentalmente «as minhas relações», é de recear que, cedo ou tarde, o valor do dinheiro apareça como muito pobre face aos valores essenciais da existência; de certo modo, o dinheiro parece abrir todas as portas, mas não é, nem nunca será, capaz de abrir as portas secretas do coração, conquistando a verdadeira amizade e o amor. Nessas condições, é cada um de nós que escolhe a sua qualidade de vida, na base dos valores aos quais consegue dedicar-se. E não se pode dizer *a priori* que a qualidade de vida consiste exclusivamente em ter excluído o sofrimento físico e moral, porque, se tal fosse o caso, uma vida com sofrimento, seja ele a consequência de uma doença, um luto ou uma deficiência de qualquer espécie que seja, iria irremediavelmente impedir a capacidade de integrar o sofrimento na vivência dos valores éticos e religiosos.

O que é a qualidade de vida, perguntou-se desde o princípio, a vida tem valor porque somos capazes de viver e o seu valor, e somos capazes de lhe dar o seu valor porque, antes de nós, ela tem valor em si. Mas estes dois enunciados, que parecem constituir um círculo vicioso, compreendem-se um pelo outro. E longe de ser vicioso, este círculo da vida, da vida que sempre nos precede, mas que está sempre à espera da nossa activa intervenção para se prolongar, se afirmar e abrir as suas portas à felicidade⁷⁷.

“Os Cuidados Paliativos são um barómetro da qualidade do nosso sistema de saúde e dos valores que possuímos enquanto nação. Eles medem o quanto realmente prezamos a qualidade das nossas vidas e em que medida respeitamos os nossos concidadãos”⁸⁷.

CAPÍTULO II
METODOLOGIA

Neste capítulo, abordaremos o objecto e objectivos do estudo, o tipo de estudo, a definição e caracterização da amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos da análise de dados.

1. FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A espiritualidade é um aspecto central e histórico dos CP, assumindo um significado próprio em relação a outras áreas de saúde. É um aspecto positivo dos CP e da saúde em geral e reconhece a necessidade de investigação qualitativa rigorosa em relação à espiritualidade no contexto dos CP⁸⁸.

Em CP existe um constante reencontro com questões fundamentais da existência humana o que nos obriga a uma reflexão mais profunda sobre o verdadeiro significado da vida. O que pode dar significado à vida? Que importância os profissionais de saúde conferem à espiritualidade? Os profissionais de saúde em CP têm percepção sobre a sua espiritualidade? A dimensão espiritual influencia a vida quotidiana dos profissionais de saúde em CP?

Estas questões reforçam o nosso interesse por esta problemática: “ A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos”.

Deste modo questionamo-nos: Qual a influência do exercício na área dos CP sobre o desenvolvimento da dimensão espiritual na vida diária dos profissionais de saúde? Qual o significado que os profissionais de saúde em CP atribuem à espiritualidade? Qual a percepção que os profissionais de saúde em CP têm sobre a sua espiritualidade? Como é que os profissionais de saúde em CP enquadram a dimensão espiritual na sua actividade de cuidar?

Esta investigação de abordagem qualitativa, ainda que não se possa dela fazer generalizações devido ao facto de ser um estudo exploratório, tem como *finalidade*: obter dados científicos rigorosos, de forma a contribuir para a compreensão e reflexão da espiritualidade em CP.

Para a elaboração deste plano de investigação, foram traçados os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Analisar de que forma o exercício na área de CP influencia o desenvolvimento da dimensão espiritual na vida diária dos profissionais.

Objectivos específicos:

- Identificar o significado que os profissionais de saúde em CP atribuem à espiritualidade;

- Analisar o significado que os profissionais de saúde em CP atribuem à sua espiritualidade;

- Descrever as formas como os profissionais de saúde referem enquadrar a dimensão espiritual na sua actividade de cuidar.

2. TIPO DE ESTUDO

Optamos por um estudo qualitativo porque o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. O objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar⁸³.

A abordagem qualitativa permite-nos conhecer o fenómeno sob o ponto de vista dos intervenientes, como eles o experimentam. “Privilegia essencialmente a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da acção”⁷.

Enveredamos por um estudo exploratório pois este implica que os temas de investigação, os fenómenos significantes, apareçam à medida que decorre a colheita e análise da informação, isto é, no decurso da própria pesquisa. Aceita a colocação de um problema formulado provisoriamente e permite a escolha de procedimentos metodológicos que asseguram a pertinência das informações a recolher. As hipóteses a serem verificadas cedem o lugar a uma linguagem hipotética, mais flexível que constitui um quadro de problematização e de orientação do trabalho de investigação; descritivo porque procura representar adequadamente situações e acontecimentos, por vezes descrever a sua interligação na esperança de obter informação útil⁷.

3. LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A existência de diversos condicionamentos para a realização deste estudo, nomeadamente o tempo que possuímos para a realização do mesmo, conduz-nos a limitar o nosso campo de análise. Optamos por realizar o estudo em três hospitais do Distrito de Lisboa, onde existe serviço específico de CP.

4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo de carácter qualitativo será desenvolvido com profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a trabalhar na área de CP.

Uma vez determinada a população em estudo, segue-se a selecção da amostra sobre a qual ira incidir a recolha de dados. Segundo a literatura consultada, grande parte dos autores reconhecem a importância desta mas igualmente reconhecem a dificuldade na sua selecção.

A amostra será constituída por profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, de três unidades/serviços de CP do distrito de Lisboa.

É critério de inclusão exercerem funções em CP há mais de um ano e aceitarem participar no estudo. Considerar-se-á dimensão adequada da amostra, quando atingida a saturação dos dados.

5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Tratando-se de uma investigação de cariz qualitativo; dos inúmeros instrumentos de recolha de dados disponíveis, pareceu-nos adequado utilizar a técnica de entrevista na sua modalidade semi-estruturada. Moser e Kalton descrevem a entrevista como uma conversa entre um entrevistador e um entrevistado que tem o objectivo de extrair determinada informação do entrevistado⁵. Contudo, este exercício é mais complicado de desenvolver do que a afirmação sugere. Por sua vez, a entrevista é um dos processos mais directos para recolher informação sobre um determinado fenómeno, consiste em formular questões a pessoas que, de algum modo, nele estão envolvidas⁹².

Cohen acrescenta que, “tal como a pesca, a entrevista é uma actividade que requer uma preparação cuidadosa, muita paciência e experiência considerável se a eventual recompensa for uma captura valiosa”⁵.

A entrevista semi-estruturada permite ao entrevistado a expressão livre das suas percepções, cabendo ao entrevistador o encaminhamento da entrevista para os objectivos idealizados e orientar o entrevistado para as perguntas às quais ele não chega sozinho⁷⁵.

6. A ANÁLISE DE CONTEÚDO

Berelson apresentava a análise de conteúdo como uma descrição objectiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto de uma comunicação³³. Alguns anos mais tarde, Moscovici aliviava a definição escrevendo que a análise de conteúdo tinha a “finalidade de efectuar inferências com base numa lógica explicitada sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”⁵⁰. No final do século (1980), Krippendorff retira a dimensão descritiva e qualitativa e define a análise de conteúdo a partir das “inferências” como uma “técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e replicáveis dos dados do contexto”³³. Ainda do ponto de vista da autora, a análise de conteúdo é uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal de investigação, a saber, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. Nesse sentido, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico - analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência.

A análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁴.

Numa primeira fase, transcrevemos todas as entrevistas, após a audição integral de cada uma, em programa de processamento de texto informático. Posteriormente foram identificadas categorias, subcategorias e unidades de registo.

CAPÍTULO III

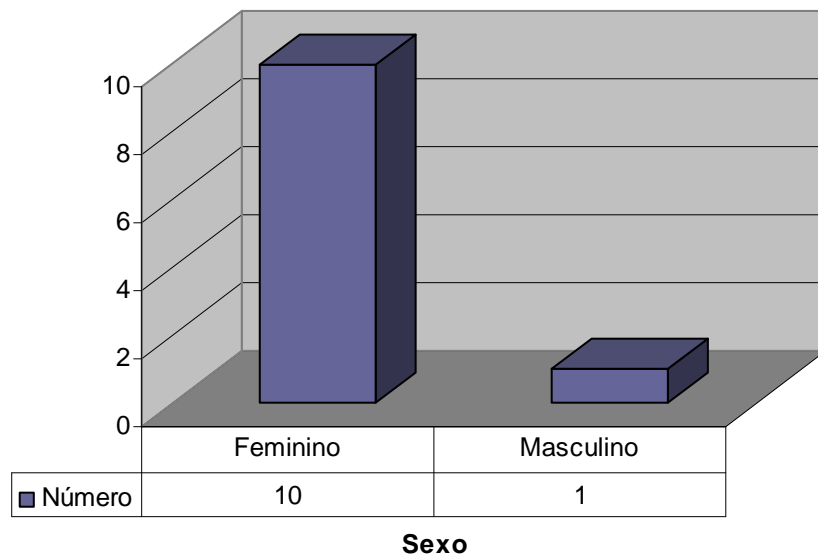
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do nosso estudo é composta por onze profissionais de saúde, nove enfermeiros e dois médicos.

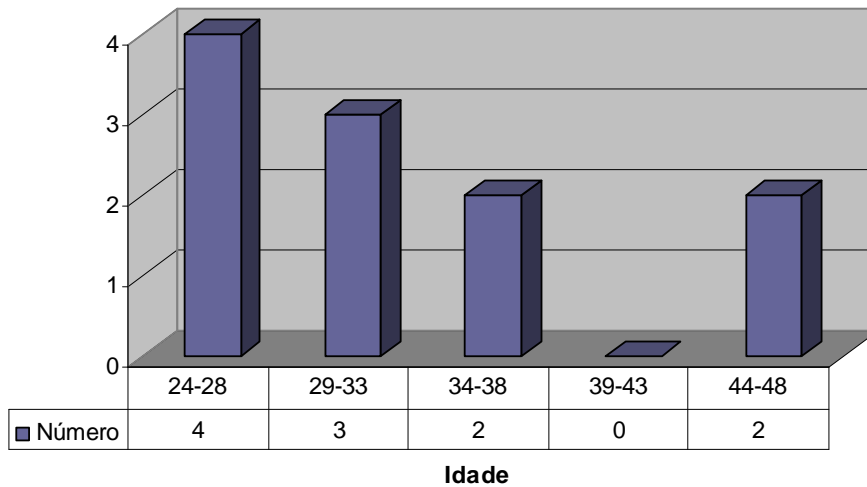
Seguidamente apresentamos em gráfico a caracterização da nossa amostra, na sequência com que vamos posteriormente apresentar e discutir os resultados obtidos.

Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos da amostra quanto ao género



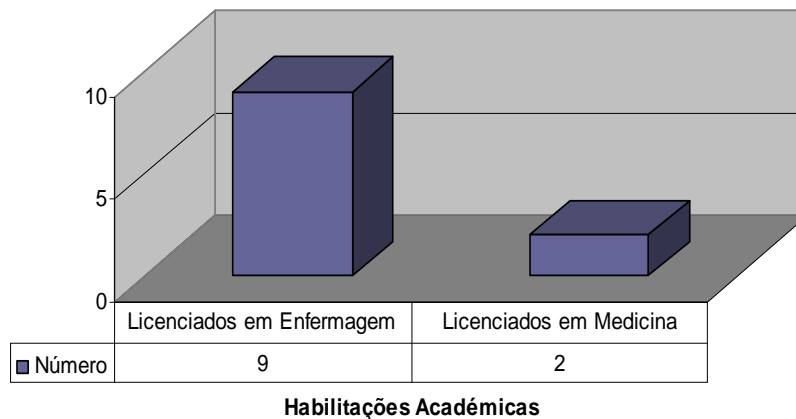
Verificamos que dos onze elementos que constituem a nossa amostra, dez são do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos da amostra quanto à idade



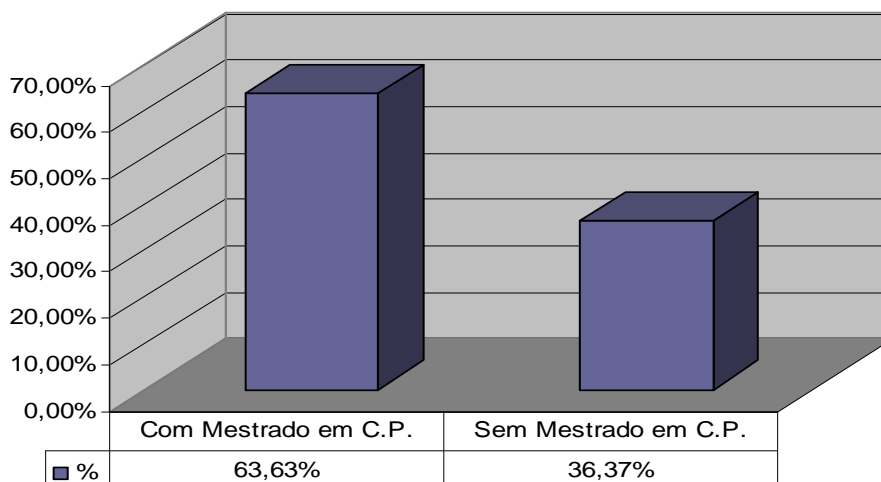
Constatámos que os elementos que constituem a nossa amostra situam-se numa faixa etária que vai desde os 24 anos até aos 48 anos; especificamente quatro elementos inserem-se na faixa etária dos 24-28 anos, seguindo-se três elementos entre os 29-33 anos, dois elementos entre 34-38 anos e por último dois elementos na faixa etária dos 44-48 anos. Não foram registados elementos na faixa etária dos 39-43 anos.

Gráfico 3. Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados quanto às suas habilitações académicas



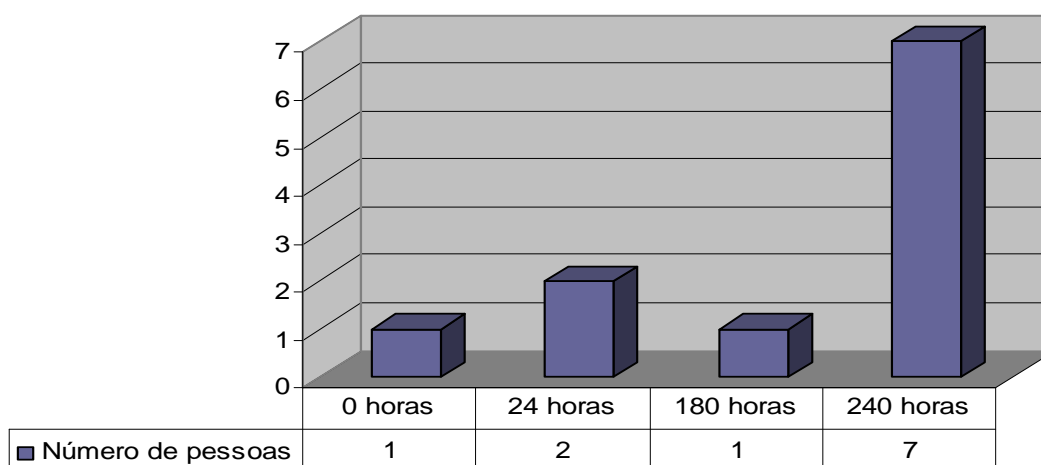
Dos onze elementos que constituem a nossa amostra, nove são licenciados em enfermagem e dois são licenciados em medicina.

Gráfico 4. Distribuição pelo grau de mestre dos elementos entrevistados



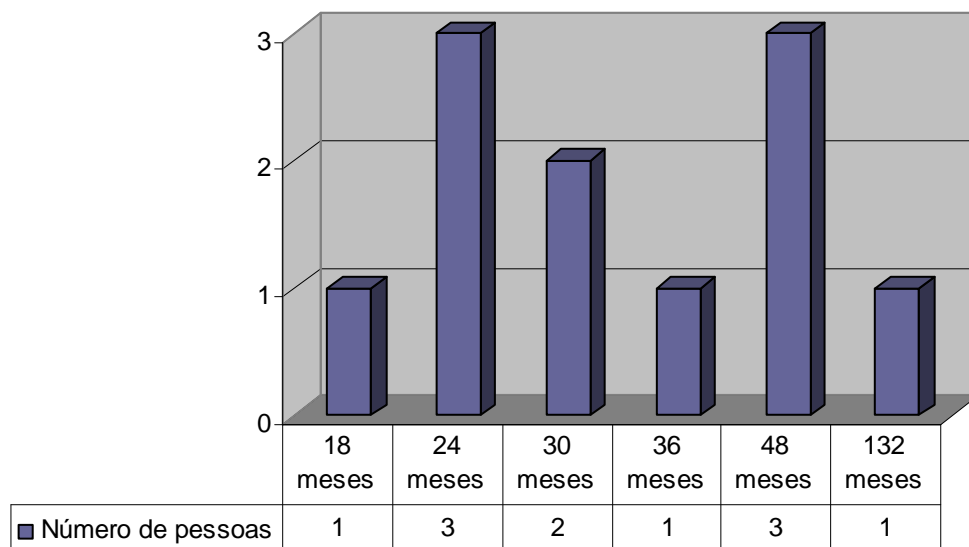
Verificamos que dos 11 elementos entrevistados, 7 são mestres na área de CP, o que corresponde a uma percentagem de 63,63% e 4 elementos não possuem mestrado na área, o que corresponde aos restantes 36,37%.

Gráfico 5. Distribuição dos profissionais de saúde quanto à formação em CP em horas



Perante os resultados obtidos, concluímos que a grande maioria dos elementos da amostra possuem 240 horas de formação em CP, seguindo-se um elemento que possui 180 horas e posteriormente dois possuem 24 horas de formação. Apenas um elemento entrevistado não possui formação em CP.

Gráfico 6. Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados quanto ao tempo de serviço em CP



Verificamos que o tempo de serviço em CP dos elementos entrevistados é igualmente variável enquadrando-se entre os 18 e os 132 meses.

Especificamente, por ordem crescente de tempo de serviço, um elemento possui 18 meses de actividade em serviço de CP, seguindo-se três elementos com 24 meses, dois elementos com trinta meses, um elemento com 36 meses, três elementos com 48 meses e por fim um elemento com 132 meses de actividade em serviço de CP.

2. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Segundo a literatura consultada, existem várias formas de apresentação de dados de uma análise qualitativa, contudo vários autores são unânimes quando dizem que ela deve ser clara, perceptível, criativa e sobretudo se torne uma apresentação fácil e agradável.

Assim sendo, na tentativa de cumprir as características mencionadas, vamos ao longo da exposição do texto recorrer ao discurso dos profissionais entrevistados, analisando-o e interpretando-o, recorrendo ainda a afirmações de alguns autores, por nós mencionados no enquadramento teórico.

No capítulo anterior, definimos o que se entende por análise de conteúdo, no entanto, de forma a esclarecer/apresentar o capítulo seguinte, tem todo o interesse definirmos determinados termos, para uma melhor compreensão do que se segue.

Assim, ao longo do texto irão surgir *Unidade de Significação* (US) por esta entendam-se as descrições dos sujeitos, ou seja, cada tema ou item de significação, pois pretende estudar as opiniões, percepção e valores dos entrevistados acerca da sua perspectiva/experiência do fenómeno em estudo, e o número de vezes que esta unidade surge. As afirmações que surgiram, ainda que de forma indirecta, foram igualmente assinaladas para a discussão dos dados.

As *Unidade de Enumeração* (EU), constituem o número de sujeitos que aborda cada tema, para tal tivemos necessidade de enumerar todas as frases de cada entrevista, de um a infinito.

Posteriormente, categorizamos as unidades de significação, agrupando-as quanto á sua similaridade. Destas unidades de significação, surgiram conceitos e significados, que foram identificados, seleccionados e agrupados em seguida, criando desta forma, as *Categorias* (C) e *Subcategorias* (SC). Conclui-se portanto, que estas foram criadas *a posteriori*, tendo como

referência o significado por nós atribuído aos segmentos de texto, de forma que as afirmações tragam significado/contexto a situação.

A **Categorização** é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns desses elementos. A categorização tem como primeiro objectivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto⁴.

“A **Unidade de Registo** é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial”⁴.

A) Análise e interpretação da primeira questão

Resultante da análise de conteúdo feita a primeira questão “*Qual o conceito que tem de Espiritualidade*”, resultou uma categoria e cinco subcategorias, que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 1. Análise de conteúdo de “Qual o conceito que tem de Espiritualidade”

Categorias	Subcategorias	UE	US
Conceito de Espiritualidade	Sentido para a vida	6	11
	Transcendente da vida	4	5
	Difere de Religião	3	4
	Conjunto de crenças e valores	3	3
	Energia	2	3

Passaremos a apresentar e analisar as categorias e subcategorias individualmente que resultam desta primeira questão, seguindo a ordem pela qual são mencionadas no quadro anterior.

a) Conceito de espiritualidade

A categoria que emergiu da questão colocada foi “conceito de espiritualidade”, naturalmente que esta resulta do discurso dos profissionais que dão a sua opinião sobre o que entendem ser nas suas perspectivas a espiritualidade.

Resultante do discurso dos mesmos, dentro desta categoria, submergiram cinco subcategorias, como mencionadas anteriormente, que não são mais do que formas distintas de descrever o conceito de espiritualidade, passemos a apresentá-las.

Sentido para a vida

A grande maioria dos profissionais entrevistados, revela-nos que a espiritualidade é o sentido para a vida, “...*terá a ver com o sentido que nós vemos na vida ...*” E₄, tem a ver com “...*a forma de estar na vida ...*” E₅, ou ainda com a “...*procura de um sentido de vida...*” E₃.

Alguns referem que é “...*a capacidade de atribuir sentido à vida ...*” E₆, é “...*aquilo que cada um vive ...*” E₁₁, é “...*a forma como encaramos a vida ...*” E₈.

“...*Só conseguimos pensar no nosso sentido de vida...*” E₃, “...*procuramos um sentido para estarmos aqui...*” E₃, no fundo é “...*a procura de um sentido de vida...*” E₃.

Estas afirmações, vão ao encontro ao que é referido e defendido por alguns autores⁵⁰, que refere que por espiritualidade entendemos algo que dá sentido à vida, que nos satisfaz e encoraja no dia-a-dia a encarmos contratempes e as vicissitudes terrenas.

Para outro dos autores⁴⁸, por nós mencionado no enquadramento teórico, a espiritualidade é uma força invisível essencial nas nossas vidas, trazendo um sentido de continuidade e significação para a nossa existência.

Transcendente da vida

Para outros, o conceito de espiritualidade passa pelo transcendente da vida, “...é algo superior, transcendente, esta associada a uma transcendência...” E₆. É algo com “...um significado maior, transcendente, mais ampla...” E₉, é seguramente “...qualquer coisa superior a nós...” E₁₁.

A espiritualidade é a consciência do transcendente, a consciência de que algo está para além da experiência ou do conhecimento humanos comuns. A espiritualidade não se limita a uma dimensão isolada da condição humana no mundo, mas sim à vida na sua globalidade⁹³.

A espiritualidade é “as variáveis que nos inspiram para transcendermos o mundo material”⁸. Já Reed diz-nos que a “espiritualidade é definida em termos de pontos de vista e comportamentos pessoais que exprimem um sentido de relacionamento com uma dimensão transcendente ou com algo de maior que o próprio eu”²⁷.

Esta transcendência “...esta relacionada com o “eu” os “outros” e o “mundo”. Pode ser o “eu” e o “mundo”. Pode ser com o “eu” e o superior a mim, ou com o “eu” e o “mundo” ...” E₆, a espiritualidade é ainda segundo alguns “...o transcendente que ela possa ter, que me possa dar alguma satisfação pessoal...” E₃. Segundo os clarões da espiritualidade na Sobell House, a espiritualidade está ligada ao significado e finalidade da vida; à interligação e harmonia com as outras pessoas, com a Terra e com o Universo; a uma correcta ligação com Deus/Realidade última.

A espiritualidade pode ser entendida como um processo experiencial cujas características incluem procura de significado e propósito, transcendência (a sensação que o ser humano é mais do que existência material), laços (por ex. com outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores (por exemplo, justiça)⁵⁷.

Difere de religião

Esta subcategoria surge da vontade explícita de quase todos os entrevistados fazerem questão de salientar que espiritualidade não terá necessariamente a ver com religião.

A definição destes dois conceitos (espiritualidade e religião), carece de refinamento pois são usados muitas vezes como sinónimos⁴⁴.

As afirmações que se seguem contrariam em parte o que por nós foi afirmado no capítulo da comparação entre Espiritualidade e Religião. Existe alguma dificuldade em diferenciar estes dois conceitos em determinadas culturas, é frequente confundir religioso com espiritual²⁸.

Os profissionais entrevistados não carecem de dúvidas, na medida em que referem explicitamente que a espiritualidade “*não tem nada a ver com religião...*” E₁, “*...nada a ver com religião, não consigo pensar em nada relacionado com religião...*” E₃.

Alguns vão mais longe descrevendo “*...a religião estará agrupada na espiritualidade...*” E₄, a “*...religião é uma forma de objectivar a espiritualidade...*” E₁.

A religião pode ser entendida como um sistema solidário de crenças e práticas relativo a entidades sacras e que une, numa mesma comunidade moral, todos os que a ela aderem¹⁹. Já para outro autor⁹⁷, religião é um conjunto de crenças, leis e ritos que visam a um poder que o homem considera supremo, do qual é dependente e com a qual tem um relacionamento e obtém favores.

Já a espiritualidade refere-se a uma questão de natureza pessoal para a compreensão de respostas a questões fundamentais da vida sobre significado, o qual pode (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de ritos religiosos⁵⁵.

Diante do apresentado, parece haver uma complementaridade e não uma polarização conceitual, já que religião está ligada ao sistema institucionalizado e espiritualidade, à experiência de carácter mais individualizado.

São inúmeros os autores^{2,28,50,76}, que distinguem claramente estes dois conceitos,

Conjunto de crenças e valores

Durante a realização das entrevistas, constatámos pelo discurso e postura dos profissionais, que não é de todo simples responder à questão de forma clara e inequívoca sobre o que se entende por espiritualidade.

Segundo alguns profissionais a espiritualidade não é mais do que “...conjunto de crenças ou de valores pessoais...” E₇, por outras palavras a espiritualidade são “...os valores que atribuímos á nossa vida, quer pessoal quer profissional...” E₈.

Estas informações vêm ao encontro de algumas definições defendidas por parte de alguns autores. A espiritualidade tem sido defendida como “o modo pela qual as pessoas entendem e vivem as suas vidas tendo em conta o seu significado e valor últimos”⁹⁴.

“...Tem que ter um valor maior...” E₉.

Energia

Ainda que em minoria, alguns dos profissionais descrevem a espiritualidade como “...espécie de energia que existe no Universo...” E₁, é “...aquilo que não é material, não é visível, não é palpável ...” E₂.

Para alguns “...*todos os sentidos estão interligados através dessa energia...*” E₁.

Em síntese, verificamos que o conceito de espiritualidade foi maioritariamente descrito como um “sentido para a vida”, seguido de uma descrição de “transcendente da vida”. E ainda que em minoria, a espiritualidade foi descrita como um “conjunto de crenças e valores” e “energia”. Ainda que a questão colocada dissesse respeito ao conceito de espiritualidade, alguns dos elementos entrevistados tiveram necessidade de referir que espiritualidade não tem necessariamente a ver com religião.

Estes dados leva-nos a concluir que a espiritualidade é reconhecida por todos; no entanto, é definida/ ntendida de forma distinta.

B) Análise e interpretação da segunda questão

Resultante da análise de conteúdo à segunda questão do estudo “*Que importância atribui à dimensão espiritual na vida*”, emergiram duas categorias, sendo que da primeira categoria emergiram quatro subcategorias e da segunda emergiram três subcategorias, como é apresentado no quadro seguinte.

Quadro 2. Análise de conteúdo de “Que importância atribui à dimensão espiritual na vida”

Categoria	Subcategoria	UE	US
Importância da dimensão espiritual na vida pessoal	Local de trabalho	6	11
	Vivências	3	5
	Tempo	2	3
	Educação	2	2
Grau qualitativo sobre a importância da dimensão espiritual	Importante	5	6
	Muito importante	4	4
	Alguma importância	1	1

Começemos por analisar a primeira categoria e as subcategorias correspondentes

a) Importância da dimensão espiritual na vida pessoal

Como resultado a nossa segunda questão, emergiu a categoria “Importância da dimensão espiritual na vida pessoal”. Segundo os dados por nós obtidos esta importância esta relacionada essencialmente com quatro aspectos distintos que passaremos a enunciar e analisar.

Local e trabalho

Ainda dentro desta categoria, nasce a necessidade de criar a subcategoria “local de trabalho”.

O local de trabalho, neste caso, o serviço de CP, é referido pelos profissionais como influente quando nos referimos à importância da dimensão espiritual na vida pessoal.

“...O facto de trabalhar aqui, fez-me repensar uma série de coisas (...) acho que há diferença desde que comecei a trabalhar...” E₁, “...agora neste serviço tenho sido colocada em situações que me obrigam a fazê-lo, porque não tenho outra alternativa. E se quero dar resposta às situações, tenho que reflectir sobre elas. Daí que agora tenha uma noção mais sincera destas coisas...” E₄.

“...O ser colocada nestas situações, com doentes em fase paliativa, que chegam a uma determinada altura da vida em que dão significado a coisas mínimas, que no fundo são coisas simples, mas que fazem toda a diferença. Se calhar, lá fora, quando fico irritada, com determinados aspectos, facilmente me lembro que, e esta situação e tal (...) lembro-me frequentemente...” E₄. “...O que eu aprendo com estes doentes? É realmente dar mais

significado, às coisas mais simples da vida, sem termos que nos preocupar tanto com mesquinhas, coisas materiais, que realmente no fundo não interessa nada...” E₄.

“...Acho que depois de trabalhar nesta área, atribuo mais sentido ao bem-estar comigo e com o mudo foi obviamente influenciado pelos cuidados paliativos...” E₇.

“...Ao trabalharmos em cuidados paliativos vemos muito sofrimento, algum sem resolução, por vezes físico e muitas vezes psicológico e existencial. Muitas vezes precisamos de algo para nos ajudar a compreender porque é que isto acontece, e daí procurar um valor maior, para que isto tenha algum sentido...” E₁₀.

“...Nós próprios também temos que nos cuidar e temos que ter alguns períodos de reflexão, de reestruturação para podermos continuar a trabalhar nesta área, muitas vezes passamos a ter necessidade de pensar melhor nas coisas, e para além disso, tudo o que é comum, o que faz parte do nosso dia a dia, ganha outra dimensão quando trabalhamos em cuidados paliativos. Aprendemos a dar valor as pequenas coisas da vida, e aprendemos a importância de comunicar aos outros e de partilhar essa importância com os outros...” E₁₀.

“...Desde que estou em cuidados paliativos, estou mais desperta para diferentes formas de expressar a espiritualidade. Por isso é que o meu conceito de espiritualidade, se tornou cada vez mais atento á forma individual de cada um...” E₁₁.

Por partilharmos muitos finais de vida, em que frequentemente os doentes falam do que gostariam de ter feito e foram sistematicamente adiando, aprendemos a não esperar pelo nosso próprio fim para viver bem cada dia e retirar da vida o melhor que ela tem para nos oferecer. Ao fim e ao cabo, reorientamos o sentido das nossas escolhas, o sentido da nossa própria vida⁵⁹.

Vivências

As vivências surgem-nos aqui, na medida em que alguns profissionais as mencionam como forma gradual de atribuição de importância à dimensão espiritual, quer isto dizer que, para os profissionais as vivências de que são alvos, quer a nível profissional quer a nível pessoal, influenciam a importância da dimensão espiritual na sua vida.

“...É uma dimensão que vai crescendo, não é uma dimensão muito presente, vai crescendo pelas histórias de vida das pessoas...” E₃, é uma dimensão *“...que se me perguntasse isto há três anos atrás, eu diria que não sabia dizer muito, ou nunca tinha pensado muito nisso. O facto de ter tido acontecimentos pessoais, já me fez pensar...”* E₃, *“...por não ter vivenciado aspectos mais fortes, mais dramáticos, há três anos associava a religião, agora não associo absolutamente a nada...”* E₃.

“...Pela minha história de vida. Comecei por buscar uma religiosidade e depois adoptar essa religiosidade na minha espiritualidade, de forma a orientar a minha vida, em termos de postura de vida, formação e carácter...” E₅, *“...influencia o meu dia-a-dia quer no trabalho quer fora dele...”* E₁.

Estes discursos dizem-nos que as vivências pelas quais os profissionais passam ao longo da sua vida, como foi referido anteriormente, influenciam a importância da dimensão espiritual na vida pessoal. Esta importância cresce como a quantidade de vivências experienciadas ao longo da vida.

Tempo

A questão temporal é também mencionada por alguns dos entrevistados, *“...há três anos atrás não pensava tanto assim...”* E₃, *“...se calhar antes não levava tanto, mas também*

porque agora reflecto mais sobre as coisas, e daí se calhar agora dar mais importância a alguns aspectos, que antes me passariam mais ao lado...” E₄.

“...Se calhar também tem a ver com o amadurecimento...” E₄.

Em alguns discursos esta questão temporal surge associada igualmente às vivências, subcategoria descrita anteriormente.

Educação

A educação é mencionada por dois dos profissionais entrevistados, em que na opinião destes a importância da dimensão espiritual relaciona-se com a educação a que foram sujeitos.

“...Desde os meus 13/14 anos, pela minha educação profundamente católica, que me levou em certo tempo e a certa altura, uma integração da minha religiosidade, da minha crença, na minha forma de estar na vida. E daí, percebi que não era só integrar os ritos, da minha crença religiosa na minha vida, mas sim adoptar uma postura...” E₅.

“...Uma vez que o conceito que atribuo á importância, são os valores que estão presentes na minha vida, digamos que são esses valores que vão orientando...” E₉.

b) Grau qualitativo sobre a importância da dimensão espiritual

Ainda como resposta a esta questão do nosso estudo, criamos uma segunda categoria “Grau qualitativo da importância da dimensão espiritual”, para que pudessemos objectivar de alguma forma a importância.

Assim sendo, surgiram três subcategorias, que passamos a anunciar

Importante

“...É importante...” E₁.

“...É muito importante e é primordial...” E₂.

“...Acho que é importante...” E₂.

“... Acho que é importante, sem dúvida, principalmente a reflexão da nossa maneira de estar junto dos outros, e os outros para conosco...” E₄.

“...Bastante ...” E₅.

“...Desde que trabalho em paliativos atribuo mais importância ...” E₈.

Muito importante

“...Muita, de zero a dez, dez ...” E₇.

“...Neste momento atribuo muita importância a essa dimensão espiritual...” E₈.

“...Tem a importância, na medida que me ajuda a manter a capacidade de lutar diariamente, tem uma importância significativa...” E₁₁.

“...Muito importante...” E₁₂.

Alguma importância

“...Atribuo alguma importância...” E₈.

Sintetizando, os profissionais entrevistados dizem-nos que a importância que atribuem à dimensão espiritual nas suas vidas prende-se com diversos factores, nomeadamente o local onde desenvolvem a sua actividade profissional e às vivências de que são alvo. A questão temporal é igualmente referida como um factor que contribui para a crescente importância da espiritualidade de forma proporcional, ou seja, à medida que o tempo vai passando é atribuída

maior importância a esta dimensão. Em minoria a questão da educação a que as pessoas são sujeitas, também é tida em linha de conta como influente nesta questão.

Verificamos que a maioria dos profissionais diz-nos que a dimensão espiritual é importante; imediatamente a seguir, num número não menos importante, os profissionais classificam a dimensão espiritual como muito importante. Apenas uma minoria classifica a dimensão espiritual como tendo alguma importância. Não houve nenhum elemento que considera-se a dimensão espiritual como não importante.

C) Análise e interpretação da terceira questão

Dando seguimento à nossa apresentação e análise de dados, segue-se os resultados obtidos a nossa terceira questão em estudo: *“O exercício na área de cuidados paliativos influencia ou influenciou, de alguma forma, a dimensão espiritual na sua vida diária”*.

Desta análise resultaram duas categorias, em que na primeira emergiram sete subcategorias, como constatamos no quadro que se segue.

Quadro 3. Categorização da questão “O exercício na área dos CP influencia ou influenciou, de alguma forma, a dimensão espiritual na sua vida diária”

Categoria	Subcategoria	UE	US
Dimensão espiritual é influenciada pelos CP	Influência das experiências vividas	8	13
	Alteração na forma de estar no quotidiano	7	9
	Alteração de valores	6	9
	Necessidade de formação	3	3
	Espelhamento	1	1
	Necessidade de convívio com os outros	1	1
	Necessidade de partilhar as experiências vividas com os outros	1	1
Dimensão espiritual não é influenciada pelos CP		3	4

Constatamos que foram identificadas duas realidades distintas, a primeira em que é reconhecido que o facto de trabalhar em CP influencia a dimensão espiritual, a segunda que contrapõe a primeira, em que nos revela que o facto de trabalhar em CP não influencia a dimensão espiritual.

Começemos por analisar a primeira categoria.

a) Dimensão espiritual é influenciada pelos CP

É do consenso da maioria dos entrevistados que o facto de desenvolverem a sua actividade em CP influencia a sua dimensão espiritual. No entanto, os mesmos fizeram salientar diferentes perspectivas para o facto. Se não vejamos:

Pelo menos três dos entrevistados salientaram a necessidade de formação, como sendo fundamental.

Influência das experiências vividas

De todas as subcategorias resultantes da análise desta questão, pode-se dizer que esta foi pelos profissionais a mais mencionada, queremos com isto dizer que a grande maioria, refere que as experiências de que são alvo, enquanto profissionais de um serviço de CP, influenciam significativamente a sua dimensão espiritual. Como se constata pelas afirmações que se seguem.

“...Influencia sempre. Influencia sempre porque cada doente e cada família que nós temos, cada experiência e cada dia que viemos trabalhar, há sempre uma experiência nova...” E₂, *“...o exercício nos Cuidados Paliativos ajuda-nos a ter uma visão da vida um bocadinho diferente. Ajuda no sentido em que percebemos realmente que a vida tem um fim mais próximo do que aquilo que as outras pessoas podem pensar, independentemente da*

idade...” E₂, “...sim, influenciou de todo. Influenciou pelo percurso de vida que nos vemos pessoas, que se calhar de um momento para o outro não estariam á espera disso, e se calhar não pensaram muito na vida, e vemos o que acontece às outras pessoas, faz com que façamos um bocadinho o stop a nós mesmos. E o facto de vermos pessoas novas, e não estamos a falar de pessoas idosas, há pessoas muito novas, faz-nos por um travão na loucura que é a nossa vida. Faz pensar no que é que estamos aqui a fazer, qual é o objectivo da nossa vida, e porque se calhar centramo-nos um bocadinho mais em nós...” E₃.

Constata-se por unanimidade dos discursos demonstrados, que as experiências profissionais, fazem com que estes profissionais da saúde reflectam antecipadamente sobre as suas vidas, tendo oportunidade de observar nas pessoas de quem cuidam as consequências das suas tomadas de decisão.

“...O facto de os cuidados paliativos influenciar a minha espiritualidade, acho que sim, pelo modo prático, ou seja, o convívio com a maior parte destes clientes, levou-me a repensar algumas coisas. No sentido de dar importância ao que realmente é importante e deixar cair aquilo que é menos importante...” E₅, “...eu costumo dizer que temos o privilégio de ver o fim de alguns caminhos, sem percorrer esse caminho, e isso ajuda-me a tomar decisões hoje (...) as ultimas páginas, o ultimo capítulo de toda uma vida sem o termos percorrido, temos esse privilégio e isso ajuda-me principalmente nas escolhas da vida, escolhas importantes” E₇, “...acho que sim, influenciou. Pelas questões que coloca, pelo crescimento que temos que fazer, acho que influenciou...” E₁₀, “...por exemplo, confronto-me frequentemente com aquilo que é a fragilidade humana e quando nós podemos ser fortes, mesmo sendo tão frágeis, fisicamente e ate mesmo emocionalmente, mas em determinados momentos demonstramos uma força brutal, isto só temos oportunidade ou quando passamos pelas situações, ou quando estamos tão próximos das vivências dos outros. Eu acho que isso

é o que os cuidados paliativos me têm permitido...” E₁₁. “...Aquilo que vou vivendo no dia-a-dia, tem um impacto significativo em mim, e se calhar ajuda-me a valorizar de outra forma aquilo que outros se calhar não dão tanta importância...” E₁₁. “...Há doentes em situações terminais, que nos dão lições de vida. Olhamos para nós e pensamos que estamos a ser as pessoas mais egoístas, quando pensamos que temos problemas. Eles mostram-nos o que é a dimensão do ser e a grandeza do ser perante a morte iminente...” E₁₂.

No decorrer da entrevista foi mencionado por parte de alguns, de forma espontânea, casos específicos, que marcaram significativamente a sua actividade, fazendo-os reflectir sobre os mais diversos temas, *“...mas a compaixão daquela filha no momento da morte foi uma coisa extraordinária. Ao fim ao cabo, aquela filha recebeu tão pouco daquela mãe, mas no fim deu-lhe tanto no momento da morte. Foi qualquer coisa, foi uma lição de vida...” E₂, “...uma pessoa amiga com 28 anos, que foi feito o diagnóstico durante 1 mês, e ao final de um mês e meio tinha morrido. E eu pensava muito nisso...” E₃. “...Nós tivemos um cliente com ELA, esse cliente faleceu comigo. E tinha-me escrito no Natal que haveria de falecer comigo. Fui para casa a achar que não existiam coincidências, e que isto tudo era muito mau, e tive que sair um bocadinho de mim, no sentido de que, se por um lado era bom a escolha dele, e isso teria que ser valorizado, por outro (...) sim mas há coincidências, e o facto de eu estar cá todos os dias, aumentaria a coincidência. Mas foi uma morte que apesar de serena, foi muito dolorosa, não para ele, mas para toda a gente, porque tínhamos uma grande ligação...” E₅.*

Podemos assim concluir, que o sentimento da geral resume-se *“...Ao lidar com a morte, com o sofrimento, pensamos um bocadinho mais em nós, no sentido de viver um dia de cada vez, e não como mais um dia, essencialmente isso...” E₉.*

Alteração da forma de estar no quotidiano

Oito dos profissionais referem ter alterado a sua forma de estar no quotidiano, e vêem-no como uma forma de influência da dimensão espiritual resultante do trabalho em CP, “...acabo por transpor esta maneira de estar lá fora, nas minhas relações pessoais e penso que se nota. Estou mais calma, mais serena...” E₁, “...e nesse sentido tento viver um dia de cada vez e viver melhor. Dou mais importância às pequenas coisas, não nos chateamos com pequenas coisas que, se calhar, não têm assim tanta importância...” E₂, “...dou muito mais valor agora a aspectos mais simples, que antes se calhar, não tinha tanto, que não dava tanta importância...” E₄, “...acho que consigo priorizar alguns aspectos da minha vida pessoal, e profissional...” E₇.

“...Quando tenho que tomar uma decisão na minha vida, eu pergunto-me se daqui a dois anos se estivesse doente, numa cama a morrer, o que é que eu iria me arrepender mais, e isso ajuda-me a tomar uma decisão. Obviamente, não podemos prever o futuro, e muita coisa muda na nossa vida em dois anos, mas o facto de pensar, imaginar-se como um doente termina, o que é que eu iria arrepender-me mais daí a um x tempo...” E₇, “...essencialmente influenciou em mim enquanto pessoa, no viver um dia de cada vez, porque enquanto jovens pensamos que temos a vida toda, muitos anos de vida, nunca pensamos na morte...” E₉, “...há uma grande alteração, até paz. Quando somos mais jovens temos um bocado medo da morte, e trabalhar com doentes terminais, neste momento não me preocupa...” E₁₂.

É importante, “... dizer as pessoas de quem gostamos “gosto de ti...” E₉.

Alteração de valores

A alteração de valores, surge mencionada por seis profissionais entrevistados. Esta alteração de valores reflecte-se essencialmente, como se constata nas afirmações que se

seguem, em uma maior valorização de sentimentos/afectos para com o outro, assim como uma maior satisfação pela convivência com as pessoas significativas.

“...Os afectos com os outros, a amizade, a família...” E₄, “...o estarmos mais tempo uns com os outros, e beneficiarmos das experiências uns dos outros. Acho que agora, dou mais valor a esses aspectos, ou à natureza até, momentos mais serenos...” E₄.

“...Se calhar não dou tanta importância como dava antigamente. O ter um carro novo, uma casa maior, e ter que se matar a trabalhar para conseguir essas coisas. Acredito, e gosto de acreditar, que estou a mudar esses aspectos em mim, e que têm influência sem dúvida...” E₄.

“...Aprendi a dar valor as pequenas coisas, que o resto do mundo não dá, aprendia a aproveitar mais cada pessoa a minha volta, sem os sugar, mas sim aproveitar o que elas têm. Como vê-mos as pessoas questionarem-se no fim da sua vida, em relação aos seus sentidos, as suas crenças, a sua espiritualidade, à sua religiosidade, temos o privilégio de nos questionarmos antes do fim da nossa vida. Acho que é de aproveitar. Dar valor as coisas que antes não dava, apreciar coisas que antes não apreciava, outras prioridades, outras decisões...” E₇.

“...Sim, sim influencia bastante neste momento. Sem dúvida que quando trabalhamos nesta área damos outro valor à própria vida, directamente damos outro valor à espiritualidade. Sem dúvida que sim, que influenciou...” E₈.

Verificamos que a grande alteração surge sobretudo no reconhecimento dos “pequenos pormenores” da vida, às quais pelos mais variados motivos, habitualmente não estamos disponíveis, isto deve-se pela consciência de que não somos eternos, e que a vida tem que se apreciada a cada instante.

“...No sentido, (...) enquanto adolescente, vivia no sentido de viver o momento, e não pensava, não dava tanta importância aos meus valores. Sabia que os tinha, sabia que existiam, mas não atribuía tanta importância...realmente quando nos deparamos com a morte, e constatamos que afinal a vida pode ser muito mais curta, e não aproveitamos, porque afinal uma grande importância da nossa vida está nas relações afectuosas, e atribuir maior importância e o não perder tempo...um bocadinho mais nas relações afectuosas, e atribuir maior importância as relações, e demonstrar de facto quanto as pessoas são importantes para mim. Porque sei que hoje posso, amanhã não sei se vou poder...” E₉.

“...O que sinto é que o que aprendo com os doentes, é a não valorizar, por exemplo estas pequenas chatices que acontecem nas relações com as pessoas, eu aprendi a não valorizar isso, com o exemplo que tenho de alguns doentes. Isto é o que eu acho que melhorei muito nos cuidados paliativos...aprendi sim a não valorizar tanto determinadas coisas, que não têm importância nenhuma” E₁₁.

“...Costumo dizer que sou uma pessoa melhor desde que trabalho em cuidados paliativos, desde que percebo que para além da mesquinhez do mundo e dos problemas que se inventam, e que são falsos problemas, as pessoas têm tanto para dar uma as outras. Esta visão da espiritualidade foi-se aperfeiçoando, á medida que trabalho em cuidados paliativos...” E₁₂.

Necessidade de formação

Os profissionais reconhecem que o facto de terem tido formação na área, contribuiu para esta influência, *“...Sim, porque o facto de ter feito formação em cuidados paliativos...”* E₁, *“...Se for fazer um levantamento de dados sobre as necessidades das pessoas, com formação em paliativos, já ninguém fala em controlo de sintomas, ou apoio à família, já*

todas as pessoas falam na necessidade de saberem fazer apoio espiritual aos clientes, trabalhar melhor a fase agónica. A equipa já tem outras necessidades, porque as outras já as dominam bem...” E₃. Outros salientaram que o facto de possuírem todos formação na mesma área faz com que sejam “*...equipas multidisciplinares coesas...*” E₁₂.

Espelhamento

O efeito espelho é mencionado directamente no discurso de um entrevistado como sendo preponderante, para o que veio a ser uma alteração da forma de estar, e desta forma, uma influência dos CP na dimensão espiritual.

Neste contexto, entenda-se por efeito espelho, a identificação de um sujeito com uma situação, na qual reconhece/identifica semelhanças com a sua vida pessoal.

“...Houve uma altura que faleceu cá um doente com Neo gástrico. E quando ele faleceu eu pensei que se calhar devia passar mais tempo em casa, e acabei com os horários que fazia antes. Apesar de dificuldades económicas, a priori, senti-me muito bem com isso. Foi complicado, porque ele tinha muitas semelhanças ao meu pai, fisicamente, profissão, era de uma terra muito perto da do meu pai...mexeu um bocadinho. Fisicamente era muito parecido com o meu pai. Faleceu comigo...apesar de não ter estado muito tempo connosco, apesar de ate nem termos assim uma relação muito próxima, porque agravou rapidamente, foi muito complicado...” E₅.

Necessidade de convívio com os outros

A subcategoria necessidade de convívio com os outros é mencionada por um profissional, embora esta esteja de alguma forma descrita na subcategoria, alteração de

valores, onde é reconhecida a necessidade de convívio. No entanto, o discurso explícito de um entrevistado, foi para nós preponderante para a evidência desta subcategoria.

“...O estarmos mais tempo uns com os outros, e beneficiarmos das experiências uns dos outros. Acho que agora, dou mais valor a esses aspectos...” E₄.

Necessidade de partilhar as experiências vividas com os outros

Por último, a necessidade de partilhar as experiências vividas, no contexto de CP, com os outros, é reconhecido por um profissional.

“...Como nós trabalhamos nisto todos os dias e temos as reuniões duas vezes por semana, e fazemos encontro e partilha de emoções dá para pensar. É um encontro de auxiliares, de terapeutas, de enfermeiros, fazemos estes encontros com o Frei. Nesta altura falamos de nós, como estamos, não falamos de coisas específicas...” E₃.

b) A dimensão espiritual não é influenciada pelos CP

Finalmente, e como resultado á nossa terceira questão, foi necessário criar a categoria “A dimensão espiritual não é influenciada pelos CP”. Nesta categoria estão englobados os discursos de três dos profissionais entrevistados, na qual que reconhecem que o facto de desenvolverem a sua actividade profissional em CP, não influenciou a dimensão pessoal de espiritualidade. Se não vejamos pelos discursos que se seguem:

“...Agora a minha visão de espiritualidade não mudou...” E₂, “...eu penso que não é uma influência directa. Quer dizer, quando nós nos gerimos por determinados valores, e temos uma estrutura que existe há muitos anos em nós, que vimos a desenvolver ao longo do tempo, que tem a ver com a nossa maturidade. É natural que estamos em cuidados paliativos nos intensifiquem e ao mesmo tempo acelere o desenvolvimento espiritual. Acho que isso é

normal...” E₁₁. “...Não é o facto de trabalharmos nesta área que sinto que é mais importante ainda. Por muitas circunstâncias da minha vida, fui aprendendo isso ao longo do tempo...”

E₁₁.

Houve ainda quem colocasse a questão de uma outra forma, “...não, eu diria mais o contrário. Foi a minha dimensão espiritual que me levou a vir para cuidados paliativos. Eu fui desenvolvendo as minhas crenças, tenho uma formação profundamente católica...” E₅.

Em síntese, verificamos que a dimensão espiritual pode ser ou não influenciada pelos CP, no entanto, verificamos que a maioria dos elementos entrevistados considera que o facto de trabalhar em CP influencia claramente a dimensão espiritual.

Foram alegados diversos factores para esta realidade, como podemos constatar, sendo que a influência das experiências vividas foi a mais evidenciada, resultando numa alteração na forma de estar no quotidiano.

D) Análise e interpretação da quarta questão

Por fim, analisemos a última questão do nosso estudo “*Qual o entendimento que tem da dimensão espiritual na sua actividade profissional do cuidar*”. Desta questão emergiram duas categorias, em que da primeira submergiram seis subcategorias e da segunda duas subcategorias, como pode ser constatado no quadro que se segue.

Quadro 4. Categorização da questão “Qual o entendimento que tem da dimensão espiritual na sua actividade profissional do cuidar”

Categoria	Subcategoria	UE	US
Dimensão espiritual relacionada com o cuidar	Cuidar implica dimensão espiritual	6	8
	Espiritualidade versus Religiosidade	4	4
	Aceitação e Respeito	3	4
	Conhecimento do “eu”	2	3
	Cuidar sem espiritualidade	1	1
	Características da sociedade	1	1
Trabalho em equipa multidisciplinar	Equipas funcionais	4	4
	Necessidade de formação	3	3

À semelhança das análises anteriores, começemos por analisar a primeira categoria e as subcategorias correspondentes

a) Dimensão espiritual relacionada com o cuidar

Como resposta a nossa última questão do estudo, verificamos que todos os profissionais entrevistados salientam que o cuidar implica ter em atenção a dimensão espiritual dos doentes e a sua própria espiritualidade. No entanto, a perspectiva de alguns difere quando explicam como enquadram esta dimensão na sua prática.

Cuidar implica dimensão espiritual

Esta subcategoria, “cuidar implica dimensão espiritual”, é a opinião explícita de sete dos nossos entrevistados que nos dizem que para cuidar, no sentido global do termo, têm que se ter necessariamente em linha de conta a dimensão espiritual do doente. E são unânimes quando nos dizem que é sem dúvida das dimensões mais difíceis de concretizar num plano

terapêutico, onde não existem fórmulas únicas que se apliquem a todos os doentes. É visível no discurso, a consciência que é algo muito pessoal, muito íntimo de cada pessoa.

“...Eu acho que é uma coisa inerente ao cuidar. Acho que é (...) o cuidar não é só uma coisa física, não é só uma ferida, o dar um analgésico, um antipirético. As pessoas que tem aquela dor na alma que não se vê, às vezes expressa-se realmente numa dor física, mas nós estamos cá também para isso e a nossa perspectiva do espiritual influencia muito o nosso cuidar nesse ponto de vista (...) Na minha perspectiva isso não é cuidar, é outra coisa qualquer que não cuidar...” E₂. Desde sempre o cuidar esteve ligado aos cuidados de saúde, mais especificamente à enfermagem, com sendo a sua essência e a “mais velha prática da história do mundo”¹⁵.

Num estudo feito a doentes com cancro e HIV/SIDA, conclui-se que a espiritualidade era uma componente essencial para a existência de “sentimentos de saúde” e bem-estar²⁷. Aqueles que tinham encontrado um sentido na sua doença, pensavam ter uma melhor qualidade de vida agora do que antes de lhes ter sido diagnosticada essa doença.

“...Faz-lhe sentido cuidar sem dimensão espiritual? Não. Não, até porque isso não é possível. Cuidar sem religiosidade é possível, afronta um bocado as pessoas, mas sim é possível. Sem dimensão espiritual, isso não é possível, pelo menos nesta fase. Estamos a falar directamente dos paliativos, enquanto que a religiosidade, nós até conseguimos perceber alguma coisa, sem acompanhamento espiritual não, é completamente impossível...” E₅, “...Cuidar implica dimensão espiritual...” E₇.

O cuidar está relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde - doença e das interacções pessoa – ambiente; um conhecimento do processo de cuidados de enfermagem: um auto-conhecimento, um conhecimento do poder pessoal e as limitações na relação transpessoal⁹⁶. Segundo Stoter, “o cuidado espiritual diz respeito a toda

a acção empreendida no acto de cuidar, direccionada para o respeito dos valores e crenças pessoais, com a certeza de que estes constituem uma verdade absoluta na afirmação das necessidades de cada pessoa, na aceitação das perspectivas individuais e nas atitudes desenvolvidas durante toda a vida”²⁴. Assim, a espiritualidade, entendida como a crença num poder superior conferindo sentido á vida, pode constituir um importante instrumento terapêutico para os profissionais de saúde, na medida em que contribua para o bem - estar dos doentes. Quando o corpo adoce, toda a sua relação com o espírito se altera e, por essa razão, é difícil conceber recuperação sem espiritualidade.

“...Falando no contexto dos cuidados paliativos, acho que sem dúvida que a dimensão espiritual é muito importante. É importante não só para nós podermos trabalhar com eles, tendo em conta que são doentes com doenças crónicas, avançadas e incuráveis, e que muitas vezes não acreditam na própria vida, por isso à que nós intervimos na própria espiritualidade do doente. Saber quais são as suas crenças, o que é que eles valorizam na vida, se calhar pegarmos nessas crenças, nos objectivos...” E₈, “...nós antes de profissionais somos pessoas, e isso reflecte-se a nossa própria profissionalidade. A espiritualidade acaba por ter influência na nossa actividade profissional, quanto mais não seja muitas vezes pela aprendizagem que fazemos...” E₈.

“...Dimensão espiritual é fundamental. Especialmente porque eu acredito se nós conseguirmos conhecer o outro nesta dimensão, nós vamos perceber perfeitamente como é que o vamos ajudar. Porque não basta fazermos uma abordagem clinicamente correcta, com controlo sintomático adequado, se nós o percebermos vamos conseguir definir quais são os momentos, por exemplo, após o controlo de sintomas físicos, esta na altura depois de intensificarmos de alguma forma a capacidade que aquela pessoa tem de desenvolvimento espiritual e emocional, para investir em tudo o que ele ache importante...” E₁₁.

“...Esta dimensão está cada vez mais presente, mas também acho que é a dimensão mais difícil de chegar, porque se tem uma constante preocupação física e psicológica...” E₃.

Salientaram igualmente que o ter consciência da dimensão espiritual implica alguma maturidade e crescimento individual.

“...No início a minha preocupação era a dimensão física, controlo de sintomas, apoio psicológico, apoio à família, preparação da fase agónica relativamente à família. Actualmente, preocupa-me mais ter uma equipa com necessidades de aprendizagem na área da espiritualidade...” E₃.

“...Eu acredito que a dimensão espiritual é importante, por exemplo no controlo dos sintomas, do autocontrolo, mas ninguém pode fazer só isto. Sinto que nós temos uma ajuda, o nosso contributo. Eu em relação á espiritualidade, como a considero tão pessoal, tão individual, é-me difícil de falar dela. Uma coisa que aprendi com os cuidados paliativos, foi que podemos trabalhar essa espiritualidade opor passos, não tinha esta noção. Tinha noção do meu crescimento pessoal, mas não tinha a noção do crescimento do outro...” E₁₁.

Espiritualidade versus religiosidade

Em jeito de resposta à nossa questão, quatro dos profissionais sentiram necessidade de esclarecer o que entendem por espiritualidade e por religiosidade pois dizem-nos ser fundamental para a sua actividade profissional, ajuda-os a serem mais claros e precisos nas suas intervenções, uma vez que os conceitos estão por si bem esclarecidos.

“...Não acho que espiritualidade, seja a mesma coisa do que religiosidade, muitas pessoas são religiosas, mas sem capacidade (...) Há pessoas que são muito religiosas, e cumprem as normas todas da religiosidade, mas não entendem, não aceitam (...) os problemas da vida, e só se questionam por vezes no fim da sua vida. Tem a ver com o bem-

estar interior e com o sentido da minha vida e a religiosidade não permite isso, dá segurança. Pessoas muito crentes dá-lhes segurança, fé intrínseca, mas não dá bem-estar...”

E₇, “...a espiritualidade é diferente da religião. A espiritualidade tem mais a ver com os princípios da nossa vida. Eu posso não ter nenhuma religião, ser ateu e ter espiritualidade. O que é importante, como a espiritualidade tem uma influência na nossa maneira de ser, na nossa maneira de estar...” E₈.

“...Estamos a falar directamente dos paliativos, enquanto que a religiosidade, nós até conseguimos perceber alguma coisa, sem acompanhamento espiritual não, é completamente impossível...” E₅.

“...O ponto principal ajuda muito a definir o meu espaço, o “eu”. Tudo isto que já disse, em relação à confiança, ao estar (...) o facto de ter feito esta dissociação espiritualidade/religião, e definir um conceito meu. Ok, eu acredito nisto, aceito determinadas coisas, quem quiser acredita, quem não quiser não acredita...” E₁.

Aceitação e respeito

Estas duas características, “aceitação e respeito”, vêm um pouco ao encontro da subcategoria anterior, na medida em que havendo um conhecimento no “eu”, consegue-se aceitar e respeitar a forma de estar do outro, “... além de me ter ajudado a perceber e aceitar as convicções dos outros, também me ajudou a definir ou a perceber qual era o meu espaço como enfermeira, o que é que eu posso fazer, ou o que é que eu não possa fazer...” E₁, “...o respeito também é essencial, para conseguirmos cuidar. Quando falo de respeito é justamente isso, respeitar os valores do outro, sabermos adequar-nos a nós, sem nos ferirmos, relativamente a qualquer ideia que o outro tenha, mas claro que é fundamental...”

E₄.

“...Há uma redefinição de prioridades, era aquilo que dizia relativamente à energia, se estamos bem transmitimos o bem, se estamos mal transmitimos o menos bem. As coisas normalmente correm mais fluidas. A principal diferença é aceitar que há coisas que são assim, o que para mim pode não ser para o outro, é aceitar. Quando digo aceitar não digo mudar de opinião, mas respeitar a opinião do outro...” E₁.

Conhecimento do “EU”

No discurso de alguns, é referido quer directamente quer indirectamente, a necessidade de ter um conhecimento de nós próprios, para que não se atropela/interfira no que é a dimensão espiritual do outro *“...nós temos que primeiro ter noção do que é que nós somos, dos nossos limites, principalmente, daquilo que somos capazes de fazer ou não, para tentarmos dar ao outro o melhor que nós temos...” E₄, “...A nossa espiritualidade também acaba por se reflectir nos doentes...” E₉.*

“...Termos consciência, o que é que nós somos e ao mesmo tempo, tentarmos em conjunto com o doente ver, que sentido ele dá às coisas e onde ele se enquadra para melhor conseguirmos ajudar essa pessoa, para atingir justamente isso...” E₄.

Cuidar sem espiritualidade

Tivemos algumas dúvidas se deveríamos colocar esta subcategoria “Cuidar sem espiritualidade”, isto porque, apesar de um dos entrevistados nos ter referido que é possível cuidar sem ter em atenção a dimensão espiritual, dizem-nos igualmente, que a nossa intervenção enquanto profissionais é incompleta, se não vejamos *“...acho que também se consegue cuidar sem ter em atenção a dimensão espiritual mas enriquece os pormenores ou, para ter uma conversa profunda com alguém sobre espiritualidade, há que ter minimamente*

desenvolvido alguma espiritualidade, se não, não se consegue ter essa conversa com o doente. Consegue-se cuidar, mas essa parte fica a faltar, existem falhas numa parte da nossa profissionalidade...” E₁₂, “...é possível cuidar sem ter em atenção a espiritualidade, mas não é cuidar na sua globalidade...” E₁₂.

Características da sociedade

Por último, a subcategoria “características da Sociedade”, é mencionada no discurso de um dos nossos entrevistados, onde é caracterizada a sociedade actual, “...*Quer pela formação que nos é dada, quer pela sociedade em que vivemos. Os valores são muito mais consumistas e imediatos. Muitas vezes também, os próprios doentes não têm uma prática espiritual. Quando perguntamos às pessoas se tem alguma religião, elas dizem que sim, no entanto, é um religioso no sentido de cumprir os ritos da religião...*” E₁₀.

Este discurso revela-nos que por vezes a sociedade esta envolta de determinados valores em que não há tempo/ disponibilidade mental para ponderar outras formas de estar, é apenas seguido o pensamento que outrora foi de alguém.

“A nossa sociedade muda de natureza e de forma, consoante o nosso olhar. Temos que multiplicar os ângulos e as escalas, para obter uma visão poliscópica. Também aí necessitamos de comunicação e diálogo com outros olhares que além do nosso. Seja como for, necessitamos de uma visão piliscular”⁵⁶.

Analiseemos a segunda categoria, e as subcategorias correspondentes.

b) Trabalho em equipa multidisciplinar

O trabalho em equipa foi várias vezes referido ao longo dos discursos obtidos como forma de obter melhores resultados terapêuticos para o doente – família – profissionais.

As intervenções deverão ser tomadas e concretizadas em equipa, num trabalho verdadeiramente interdisciplinar, com base nas necessidades e no sofrimento que os doentes apresentam. Os profissionais que são chamados a intervir serão aqueles que estão em melhores condições de responder a essas necessidades⁵⁸. Nesta perspectiva, não existem profissionais que sejam mais importantes que outros, apenas profissionais que, em complementaridade, põem as suas competências ao serviço do doente e famílias que deles precisam, sem verdadeiro trabalho em equipa – que claramente se diferencia de um somatório de intervenções multiprofissionais não integradas e desgarradas – não existem CP.

Equipas funcionais

O trabalho em equipa, categoria mencionada anteriormente, torna as equipas funcionais, pelo menos é a opinião de quatro dos profissionais entrevistados. Estes referem-se as suas equipas de trabalho como sendo funcionais, dando como explicação para o facto, a capacidade de comunicação entre os seus elementos, “... acho que são muito diferentes. Há determinadas situações que não chegam a surgir, porque todos nós falamos a mesma linguagem...” E₁, “...temos uma reunião semanal e depois uma mini reunião com mais frequência durante a semana, depende da ocasião. Falamos sempre uns com os outros...” E₂. Estes discursos vêm ao encontro do que é defendido por Neto⁵⁸, “devem existir reuniões regulares de equipa nas unidades de CP e deve também existir um plano de cuidados conjunto para cada doente e família”.

Outros salientaram a importância da existência de um líder espiritual, “...ele tem a capacidade de falar com as pessoas sem falar de religião quando as pessoas viram ele vira, quando as pessoas não querem virar ele não vira a conversa...” E₃, “...porque não só faz o acompanhamento, mantendo a religiosidade da pessoa, se a tiver, que nós não estávamos a

conseguir, como consegue estar suficientemente aberto para acompanhar a pessoa nas suas diferentes crenças, ou em nenhuma. Não impõe nada, tem um tratamento individual, para cada uma das pessoas, a abordagem é sempre individual. Mesmo que faça a abordagem com a família, nunca faz com a família e com a pessoa ao mesmo tempo. Permite que a pessoa esteja sempre no seu espaço. Tem conseguido desenvolver certas actividades, que são desejo da pessoa, e isto ajuda, ajuda imenso...” E₅.

Necessidade de formação

Apesar de ser reconhecido que o verdadeiro trabalho em equipa faz delas equipas funcionais, houve ainda quem fosse mais longe dizendo que a não existência de formação específica neste contexto, espiritualidade, dificulta por vezes o seu trabalho, “...não conseguimos fazer a formação ou dar a ajuda, como por exemplo, se ensina no controlo de sintomas, nem apoio à família, logo é uma dimensão que eu sinto que as pessoas querem, mas se não a desenvolvermos connosco mesmo, torna-se mais complicado...” E₃, “...resumindo, é uma área difícil de abordar e muito mal trabalhada...” E₁₀. Estas afirmações são semelhantes às afirmações sentidas num estudo realizado em enfermeiros, onde se obteve o seguinte resultado “a falta de formação acerca da espiritualidade é sentida por 89.5% dos enfermeiros, o que reflecte a necessidade de inclusão da dimensão espiritual nos conteúdos de formação de enfermagem”^{11,21}.

“...A espiritualidade acaba por ter influência na nossa actividade profissional, quanto mais não seja muitas vezes pela aprendizagem que fazemos. Nós aprendemos com os doentes e os doentes aprendem connosco. Nós aprendemos com os doentes a importância de vivermos um dia de cada vez, e os laços afectivos...” E₉.

“Para não defraudar as legítimas expectativas daqueles que atravessam tão dramática etapa da sua vida, as equipas devem ter formação (...), pois não estamos a falar de parentes pobres dos cuidados de saúde, nem de doentes que sejam filhos de um Deus menor, mas antes de seres humanos que valem por si e valem até ao fim”⁹¹.

Após a análise averiguamos que grande parte dos entrevistados consideram que cuidar implica ter em atenção a dimensão espiritual, alegando que é necessário ter um conhecimento do “eu” para poder aceitar e respeitar a espiritualidade do outro, tal como ele a considera. Como podemos constatar, os mesmos profissionais dizem ser importante distinguir claramente o que se entende por espiritualidade e por religião.

CONCLUSÃO

Há muito que se discute sobre a prestação de cuidados de saúde tendo por base o doente/cliente em todas as dimensões, mental, física, social e espiritual. No entanto, para que se possa dar uma resposta de qualidade ao nível da prestação de cuidados, importa que os profissionais de saúde reflectam e tenham uma percepção da sua própria espiritualidade, para que desta forma consigam identificar/ ou estar despertos para as necessidades espirituais de quem cuidam.

No enquadramento teórico, podemos constatar que a definição do termo espiritualidade é tudo menos fácil de definir ainda que em outros tempos ela fosse entendida no sentido de uma crença religiosa, actualmente é uma realidade que espiritualidade e religiosidade são conceitos claramente distintos. Existem pessoas que tem espiritualidade e não são religiosas e outros que são religiosas, no sentido do cumprimento crenças e rituais, e não consideram ter espiritualidade, ou pelo menos não consideram estar despertos para.

Na segunda parte, referimo-nos aos contextos de implementação e metodologia por nós utilizada, de forma a dar resposta aos objectivos do estudo. A metodologia utilizada proporcionou-nos uma abordagem exploratória em profundidade da problemática orientadora da pesquisa, situando-nos no que foi experienciado pelos entrevistados.

Esta abordagem metodológica permitiu-nos ter uma visão global, facilitando assim uma melhor visualização dos dados obtidos. Foram utilizados quadros relativamente às categorias, de forma a facilitar a percepção dos dados qualitativos.

A análise, discussão e interpretação dos dados constituíram respostas às nossas questões de partida, bem como alcançar os objectivos para os quais o estudo se propôs.

É chegada a altura de reflectir sobre as conclusões que o estudo nos permitiu obter, que se prende com o que se entende ser a espiritualidade na perspectiva dos profissionais de saúde e o seu envolvimento com as suas práticas clínicas.

Face aos resultados obtidos, comecemos por apresentar os aspectos relevantes:

- De acordo com o estudo, podemos concluir que todos os profissionais de saúde referem que a espiritualidade é um conceito com características próprias/pessoais e cuja sua definição é complexa;
- De acordo com os dados obtidos, verificamos que foram mencionadas diversas expressões que visam definir o termo espiritualidade, expressões que surgiram espontaneamente dos discursos dos entrevistados. A maioria (54.55%), diz entender a espiritualidade como o “sentido para a vida “, seguindo-se a expressão “transcendente da vida”, que foi mencionada por 36.36% dos entrevistados. Outros (27.27%), referiram que a espiritualidade está relacionada com um “conjunto de crenças e valores”. Igualmente, 27.27% dos profissionais fizeram questão de frisar que o conceito de espiritualidade difere de religião, ainda que a questão formulada fosse referente ao conceito de espiritualidade e 18.18% entendem a espiritualidade como sendo “Energia”;
- Importa referir que, por vezes, o mesmo profissional mencionou mais do que uma expressão das referidas anteriormente;
- Verificou-se que os profissionais atribuem importância à dimensão espiritual na sua vida;
- Segundo os resultados constatamos que 54.55% dos profissionais relacionam esta importância da espiritualidade na vida pessoal com o local onde desempenham as suas funções que neste caso são os serviços de CP, 27.27% com as vivências de que foram alvo, 18.18% relacionam com o tempo, na medida em que dizem que com o passar do tempo

- atribuem mais importância à espiritualidade e ainda 18.18% identificam a importância da espiritualidade nas suas vidas com a educação a que foram sujeitos;
- Classificando de forma quantitativa a importância atribuída à dimensão espiritual nas suas vidas, obtivemos os seguintes resultados: 45.45% consideram-na importante, 36.36% dizem atribuir muita importância e apenas 9% atribuem alguma importância;
 - O estudo permitiu-nos concluir que o exercício na área de CP influencia a dimensão espiritual na vida diária da maioria dos profissionais entrevistados;
 - Foram destacadas diversos factos que contribuíram para esta influência da espiritualidade na vida diária dos profissionais de saúde, como: a influência das experiências vividas, e o facto de possuírem formação específica na área. A maioria refere que esta influência se traduz numa evidente alteração da forma de estar no seu quotidiano, dando prioridade na prática ao convívio com os outros, e verificamos ainda um reconhecimento da necessidade de partilhar as experiências vividas com os outros profissionais da área.
 - Verificou-se ainda o reconhecimento de uma alteração de valores pessoais.
 - Concluiu-se igualmente que quase a totalidade dos profissionais refere que, na sua actividade profissional do cuidar implica ter em atenção a dimensão espiritual, apenas 9% diz ser possível cuidar sem ter em atenção esta mesma dimensão. No entanto, estes 9%, reconhecem que não se trata de cuidar na sua totalidade, tendo dificuldade em enquadrar as acções que desenvolvem no termo “cuidar”.
 - Para cuidar tendo em atenção a dimensão espiritual, os profissionais referem ser importante ter presente a distinção dos conceitos espiritualidade/religião, assim como consideram fundamental um conhecimento próprio, para que possam aceitar e respeitar a dimensão espiritual de quem cuidam;

- Por fim, mas não menos importante, os dados obtidos, permitem-nos concluir que os profissionais que trabalham em CP, classificam as suas equipas como funcionais, reconhecendo importância a todos os profissionais que dela fazem parte dizendo imprescindível a formação específica na área por parte de todos os seus elementos. No entanto, é reconhecido a falta de formação específica na área da espiritualidade, classificando a formação existente como insuficiente.

Durante todo o processo de elaboração deste estudo, ouve uma constante preocupação em manter o máximo rigor científico e metodológico, no entanto, temos consciência que existem diversos factores que condicionam o mesmo. Por um lado, o tempo que possuíamos para a realização do estudo e a nossa inexperiência na utilização desta técnica de recolha e análise de dados, podem ter condicionado de alguma forma a recolha dos dados influenciando de alguma maneira os resultados obtidos.

Para além destes factores, salientamos ainda que a abrangência do tema e a falta de literatura sobre o mesmo, foram um obstáculo a ultrapassar;

Este estudo permitiu-nos uma melhor compreensão do fenómeno em causa através das respostas às questões formuladas aos profissionais de saúde, que de uma forma espontânea se dispuseram a falar das suas práticas, fazendo uma viagem de introspecção pessoal, permitindo-nos assim obter informação relevante de forma a dar resposta às questões para o qual o estudo se propôs.

Apesar de todas as limitações culminou com toda a certeza num crescimento pessoal como investigadora, onde a validade dos processos e a fidelidade dos resultados foram uma preocupação constante.

O Ser Humano é um ser em constante evolução, sendo a área da saúde a clara confirmação disso mesmo nos últimos anos, pela crescente evolução de que foi testemunha.

As opiniões constituíram dados deste estudo e permitem confirmar algumas dúvidas e preocupações, suscitar novas reflexões e sugestões para a melhoria dos cuidados de saúde, nomeadamente:

- Privilegiar a comunicação entre os diferentes profissionais;
- Necessidade de outros estudos na área da espiritualidade relacionada com a perspectiva dos profissionais de saúde, para que possamos compreender melhor a realidade destes, uma vez que os estudos existentes são ainda insuficientes;
- Investir na formação pós-graduada dos profissionais de saúde em CP para que seja possível uma constante actualização de conhecimentos, e uma prestação de cuidados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, F. (1997). O morrer dos homens: reflexões de um médico. *Acção Médica*, 61 (2), 46-50.
2. Atkinson, L., & Murray, M. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan.
3. Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In A. Barbosa, & I.G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 595-659). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
4. Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ª ed). Lisboa: Edições 70.
5. Bell, J. (2008). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
6. Black, J.M., & Matassarini-Jacobs, E. (1996). *Luckman e Sorensen enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica* (4ª ed., vol. 1). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
7. Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em investigação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
8. Bolander, V. (1999). *Enfermagem fundamental: Uma abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
9. Bos, N. R.-G. (2004). *Les médecins face aux mourants: Connaissances et savoirs*. Paris: Flammarion.
10. Briot, M. T. (2003). *Spiritualité, accompagnement et société*. Paris: Flammarion.
11. Caldeira, S.M.A. (2002). Cuidar do homem face à dimensão espiritual. *Nursing*, 14 (163), 17-22.
12. Cardoso, A. (2002). Aconselhamento no luto. *Revista Sinais Vitais*, 41, 29-32.
13. Carreiras, E.M., & Arraiolos, N. (2002). O enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing*, 14 (168), 21-24.

14. Centro de Pesquisa da Visão Integrativa. (2007). *Espiritualidade e religiosidade na saúde*. Recuperado em 22 Maio, 2010, de http://www.cpvi.com.br/materias/Espiritualidade_e_Religiosidade_na_sa%C3%BAde.
15. Collière, M.-F. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
16. Cruz Quintana, F., García Caro, M.P., Riovalle, J.S., Navarro Riviera, M.C., & Prados Peña, D. (2001). Enfermería, família y paciente terminal. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (10), 8-12.
17. Cuidar na morte que sentimentos. *Nursing*, 16 (209), 42-48.
18. Desrousseaux, É.F. (2007). *Prendre soin de l'autre souffrant: la relation soignant-soigné en soins palliatifs*. Paris: Éditions Seli Arslan.
19. Durkheim, E. (1996). *Formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fortes.
20. Echard, B. (2006). *Souffrance spirituelle du patient en fin de vie: La question du sens*. Paris: Éditions Érès
21. Fernandes, C., Monteiro, C., & Alves, J. (2006). Espiritualidade no cuidar. *Informar*, 12 (36), 10-21.
22. Flores, R. (2008). Cuidados paliativos no domicílio: Humanização dos cuidados. *Revista Sinais Vitais*, 76, 7-13.
23. Foucault, C. (1995). *L'art de soigner en soins palliatifs: Perspectives infirmières*. Montreal: Les Presses de L'Université de Montreal.
24. Frias, C. (2001). A espiritualidade e os doentes com diagnóstico potencialmente fatal. *Servir*, 49 (6), 263-266.
25. Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: Um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
26. Fromaget, M. (2007). *Naître et mourrir: Anthropologie spirituelle et accompagnement des mourants*. Paris: F.-X de Guibert.

27. Fryback, P., & Reinert, B. (1999). A espiritualidade e os doentes com diagnóstico potencialmente fatal. *Servir*, 47 (5), 239-248.
28. Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto.
29. Garrido, A. F. (2004). O enfermeiro e a identidade profissional. *Nursing*, 15 (192), 34-37.
30. Gomes, B.F. (2008). A dimensão espiritual do homem: O despertar para um verdadeiro cuidar holístico. *Nursing*, 18 (232), 46-48.
31. Gomes, C. (2002). A bioética na defesa da pessoa humana. *Cadernos de Bioética*, 29.
32. Grilo, A.M. (2001). Confronto com a morte: implicações para os enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 5 (1), 13-16.
33. Guerra, I.C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia Editora.
34. Guimarães, H.P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (Supl. 1), 88-94.
35. Hennezel, M. (2003). *Fin de vie: Le devoir d'accompagnement*. Paris: La Documentation Française.
36. Hennezel, M. (2005). *Diálogo com a morte* (6ª ed.). Cruz Quebrada: Casa das Letras.
37. Hennezel, M. (2006). *Morrer de olhos abertos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
38. Henriques, M.F., Monteiro, Z.C.S., & Lúcia. A. (1995). O enfermeiro e a morte. *Servir*, 43 (1), 9-17.
39. Hirsch, E. (2009). *Face aux fins de vie et à la mort: Éthique, société, pratiques professionnelles*. Paris: Flammarion.
40. Hopkins, V.L. (1999). Promover a saúde espiritual. In V. Bolander, *Enfermagem fundamental: Uma abordagem psicofisiológica* (Cap. 53, pp. 1821-1850). Lisboa: Lusodidacta.

41. Jacquemin, D., & Broucker, D. (Coords.). 2009. *Manuel de soins palliatifs: Définition et en jeux, pratique de soins et accompagnement, psychologie et éthique* (3^{ème} ed.). Paris: Dunod.
42. Kant, E. (1986). *Ideia de uma história universal de um ponto de vista cosmopolita*. São Paulo: Brasiliense.
43. Kemp, P. (1997). *L'irremplaçable*. Paris: Cerf.
44. King, J.E., & Crother, M.R. (2004). The measurement of religiosity and spirituality. Examples and issues from psychology. *Journal of Organizational Change Management*, 17 (1), 83-101.
45. Koenig, H.G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *South Med J*, 97, 1194-1200.
46. Kubler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
47. Lamou, M.-L. (1994). *Manuel de soins palliatifs*. Toulouse: Editions Privat.
48. Leclercq, J. (1985). *Valores cristãos*. São Paulo: Ed. Quadrante.
49. Loff, A. (2000). *Cuidados paliativos*. Coimbra: Formasau.
50. Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
51. Magalhães, V. (2001). *Novos desafios à bioética: Qualidade de vida, desafio e ambiguidades*. Porto: Porto Editora.
52. Magalhães, V. (2002). *Nós, face à morte do outro*. Porto: Reunião no Hospital S. João.
53. Martins, C., Veiga, C., Quelhas, I., Barcelos, O., & Azevedo, P. (2004). Cuidar holístico: Dimensão espiritual. *Informar*, 10 (32), 10-12.
54. Monteiro, Fabiana, Oliveira, M., & Vall, J. (2010). A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Revista da Dor*, 11 (3), 242-248.
55. Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H.G. (2006). Religiosidade e saúde mental: Uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-250.

56. Morin, E. (1988). *O homem e a morte* (2ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
57. Muller, P.S., Plevak, D.J., & Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinics Proceedings*, 76 (12). 1225-1235.
58. Neto, I. (2010). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Alêtheia Editores.
59. Neto, I.G., Paldron, T., & Aitken, H.H. (2004). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Pergaminho.
60. Nobre, C.F. (2008). O doente em fim de vida: Uma abordagem sobre o acompanhamento espiritual na perspectiva de enfermagem. *Nursing, supl.*, 9-12.
61. Nogare, P.D. (1985). *Humanismo e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica* (9ª ed.). Petrópolis: Vozes.
62. Nunes, L. (1995). O que queremos dizer quando falamos de ética? *Nursing*, 8 (89), 7-10.
63. Oliveira, C.S.C., Ferreira, F.M.A.S., Alfaiate, M.R.S.O, Silva, L.M.C., & Matos, T.M.L.F. (2008). Os enfermeiros perante a morte. *Nursing*, 20 (238), 30-36.
64. Pacheco, S. (2002). *Cuidar da pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência.
65. Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
66. Pais Ribeiro, J., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J. Pais-Ribeiro, & I. Leal, (Edts.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.757-769). Lisboa: ISPA.
67. Paldron, T. (2004). *Dignidade e sentido da vida: Sentido da vida e valores espirituais*. Cascais: Pergaminho.
68. Parkes, C.M. (2003). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi.

69. Parnia, S. (2008). *O que acontece quando morremos: A linha tênue que separa a vida da morte vista pela ciência e pela espiritualidade*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
70. Pegoraro, O.A. (2002). Pessoa: Da subsistência à existência. *Cadernos de Bioética*, 28, 5-16.
71. Peres, M.F.P., Arantes, C.L.Q., Lessa, P.S., & Caous, C.A. (2007). A Importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (Supl. 1), 82-87.
72. Pinto, C., & Pais Ribeiro, J.L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
73. Platão (1979). *Obras completas*. Madrid: Ed. Aguilar.
74. Praagh, J. van. (Van) (2001). *Em busca da espiritualidade*. Lisboa: Editorial Presença.
75. Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
76. Relf, M. (1997). Illuminating meaning and issues of spirituality in HIV disease and aids: An application of Parse's theory of human becoming. *Holistic Nursing Practice*, 12 (1), 1-8.
77. Renaud, I. (2009). A qualidade de vida merece toda a vida ser vivida?. *Cadernos de Bioética*, 7.
78. Ricken, F. (2006). Ser humano e pessoa. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 62 (1), 69-87.
79. Rodriguez, G., Pereira, L. (2009). Morte digna e cuidados paliativos: Perspectiva ética. *Revista Sinais Vitais*, 83, 49-52.
80. Romeira, O. (1998). Espiritualidade: Que importância no cuidar. *Servir*, 46 (3), 127-128.
81. Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A.J. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

82. Rosenblatt, P. (2003). O luto em sociedades de pequena escala. In C. Parkes, P. Launani, & B. Young, *Morte e luto através das culturas* (pp. 41-68). Lisboa: Climepsi Editores.
83. Rousseau, N., & Saillant, F. (2003). Abordagens de investigação qualitativa. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 11, pp. 147-160). Loures: Lusociência.
84. Saraiva, D.M.R.S. (2007). O enfermeiro e a morte. *Nursing*, 17 (227), 23-30.
85. Sartre, J.P. (1973). O existencialismo é um humanismo (Col. Os Pensadores).
86. Serralheiro, M.E. (1993). Espiritualidade nas pessoas idosas. *Servir*, 41 (1), 20-23.
87. Sharon, C. http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/Speeches_f.asp.
88. Sinclair, S., Pereira, J., & Raffin, S. (2006). A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2), 464-479.
89. Soares, M. (2002). *O doente terminal, a morte anunciada*. Reunião No Hospital de S. João. Porto.
90. Stedeford, A. (1986). *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
91. Tavares, J. (2010). Vale a pena ousar. In I. Neto, *Cuidados paliativos* (pp. 123-133). Lisboa: Alêtheia Editores.
92. Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
93. Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
94. Vaughan, F., Wittine, B., & Walsh, R. (1996). Transpersonal psychology and the religious person. In F. Vaughan, B. Wittine, & R. Walsh (Eds.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 483-510). Washington, DC: American Psychological Association.
95. Vila-Chã, J.J. (2008). Filosofia e espiritualidade: O génio da idade média. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 64 (1), 1-18.

96. Watson, J. (1985). *Interação entre duas pessoas em que ambas se envolvem e se influenciam positivamente.*
97. Wildes, I. (1995). *Cultura religiosa: As religiões do mundo.* Petrópolis: Editora Vozes.

Bibliografia consultada

- Abiven, M. (2004). *Pour une mort plus humaine: Expérience d'une unité hospitalière en soins palliatifs* (3^{ème} ed.) Paris: Masson.r
- Archer, L., & Biscaia, J. (2001). *Novos desafios à bioética.* Porto: Porto Editora.
- Archer, L., & Osswald, W. (Coords.) (1996). *Bioética.* Lisboa: Verbo.
- Barbosa, A., & Galriça Neto, I. (Eds), (2006). *Manual de cuidados paliativos.* Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa/ Centro de Bioética/Núcleo de Cuidados Paliativos.
- Burt, J., Shipman, C., Addington-Hall, J.M., & White, P. (2008). Nursing the dying within a generalist caseload: a focus group study of district nurses. *Internacional Journal of Nursing studies*, 45 (10), 1470-1478.
- Cury, A. (2004). *Revolucione a sua qualidade de vida: Navegando nas águas da emoção.* Lisboa: Pergaminho.
- Domingues, B. (2002). Aspectos do conceito de pessoa humana em S. Tomás de Aquino. *Cadernos de Bioética*, 12 (29), 83-96.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.* Loures: Lusociência.
- Jacquemin, D. MIN, (2004). *Éthique des soins palliatifs.* Paris: Dunod.
- Johnstone, B., & Glass, B.A., & Oliver, R.E. (2006). Religion and disability: Clinical, research and training considerations for rehabilitation professionals. *Disabil Rehabil*, 29 (15), 1153-1163.

- Kant, E. (1995). *Fundamentos da metafísica dos costumes*. Porto: Porto Editora.
- Kuin, A., Deliens, L., Zuylen, L. van, Courtens, A.M., Vernooij-Dasse, M.J.F.J., Linden, B. van der, & Wal G. van der. (2006). Spiritual issues in palliative care consultations in the Netherlands. *Palliative Medicine*, 20, 585-592.
- MacDonal, N. (2001). *Palliative medicine: A case-based manual*. Oxford: University Press.
- Martins, J. (2003). *Programação da alta hospitalar do idoso um contributo para a continuidade de cuidados*. Tese de mestrado não-publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- McSherry, W., & Ross, L. Sherry (2002). Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5), 479-488.
- Moraes, S.A.F., & Kairalla, M.K. (2010). Avaliação dos conhecimentos dos académicos do curso de medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. *Einstein*, 8 (2), 162-167.
- Neves, M.C., & Osswald, W. (2007). *Bioética simples*. Lisboa: Verbo.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal*. Loures: Lusociência.
- Osswald, W. (2007). Relação entre bioética e progresso científico. *Revista Portuguesa de Bioética*, 1, 9-10.
- Paley, J. (2008). Spirituality and nursing: A reductionist approach. *Nursing Philosophy*, 9, 3-18.
- Pereira, A., & Poupa, C. (2008). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pesut, B., & Thorne, S. (2007). From private to public: Negotiating professional and personal identities in spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (4), 396-403.
- Rebelo, J.E. (2007). *Desatar o nó do luto* (3ª ed.). Alfragide: Casa das Letras.

- Rosa, H. (1996). *A dignidade humana: Escritos e depoimentos*. Lisboa: Multinova.
- Saad, M., Masiero, D. & Battistella, L.R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3), 107-112.
- Sgreccia, E. (1996). *Manual de bioética I - Fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Soares, M.D. (2008). A relação afectiva com o outro. *Cadernos de Bioética*, 6.
- Stevens, T., Wilde, D., Paz, S, Ahmedzai, S.H., Rawson, A., & Wragg, D. (2003). Palliative care research protocols: A special case for ethical review?. *Palliative Medicine*, 18 (5), 484-485.
- Thompson, I.E., & Melia, K. (2004). *Ética em enfermagem* (4^a ed.). Loures: Lusociência.
- Waller, A., Girgis, A., Currow, D. & Lecathelinais, C. (2008). Development of the palliative care needs assessment tool (PC- NAT) for use by multi-disciplinary health professionals. *Palliative Medicine*, 22 (8), 956-964.