

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

A EXPERIÊNCIA DA PESSOA COM DOR ONCOLÓGICA NA SUA TRANSCENDÊNCIA

LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA CON DOLOR ONCOLÓGICO NA SUA TRANSCENDÊNCIA

THE EXPERIENCE OF THE PERSON WITH ONCOLOGICA PAIN IN ITS TRANSCENDENCE

Cidália de Fátima Carvoeiras Nobre - Doutorada em Enfermagem. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Felismina Mendes - Professora Coordenadora, Doutora em Sociologia. Universidade de Évora/ Departamento de Enfermagem, Investigadora do CIDESD, Investigadora Responsável do projeto ESACA- Ref.^a: ALT20-03-0145-FEDER-000007

RESUMO

Objetivo: compreender a experiência da pessoa com dor crônica do foro oncológico na sua transcendência.

Método: metodologia de natureza qualitativa, utilizando a fenomenologia. Os participantes foram dez doentes do foro oncológico seguidos na consulta da dor e como instrumento de colheita de dados utilizámos a entrevista parcialmente estruturada.

Resultados: a partir do agrupamento das unidades de significação, emergiram os temas centrais sendo um dos temas: a transcendência na experiência da pessoa com dor crônica do foro oncológico e, a partir do agrupamento das unidades de significação para este tema central, foram identificados os subtemas: esperança e força interior e, fé.

Conclusão: a esperança é percebida como uma força interior que conduz ao pensamento positivo. A fé, ao estabelecer uma crença com o transcendente ou o divino é concebida como conforto, como uma fonte de apoio e possibilidade de partilha.

Descritores: Esperança; cura pela fé; oncologia.

ABSTRACT

Objective: understanding the person with chronic and oncologic pain experience in its transcendence.

Method: qualitative methodology, using phenomenology. The study participants were ten oncologic patients, accompanied on the pain medical consult and as an instrument for data collection, we developed partially structured interviews.

Results: after the signification unities organization, originated by the interviews procedure, the central thematics emerged, being one of them: transcendence on the person with chronic and oncologic pain experience. Through the signification unities organization for this central thematic, the following sub-thematics were identified: hope and inner strength and faith.

Conclusion: hope is perceived as an inner strength which leads to positive thinking. The faith when believing in the transcendent or divine is felt as comfort, as a source of support or a sharing possibility.

Descriptors: Hope; faith healing; medical oncology.

RESUMEN

Objetivo: la Comprensión de la experiencia de la persona con dor cronica y oncológica em su transcendencia.

Método: metodología de naturaleza cualitativa y fenomenológica. Los participantes del estudio fueron diez enfermos oncológicos seguidos en la consulta de dolor, y como instrumento de recopilación de datos usamos la entrevista parcialmente estructurada.

Resultados: a partir de la agrupación de las unidades de significación emergieron los temas centrales, como: la transcendencia en la experiencia de la persona con dolor cronico e oncológico. La agrupación de las unidades de significación a este tema central permitió la identificación de los sub-temas: esperanza y fuerza interior, y fe.

Conclusion: la esperanza es percecionada como una fuerza interior que conduce a pensamiento positivo. La fe existente ao se establecer una creencia com lo trascendente es sentida como comodidad, como una fuente de apoyo y posibilidad de compartir.

Descriptores: Esperanza; curación por la fé; oncologia médica.

INTRODUÇÃO

Esta investigação reproduz uma parte do caminho percorrido no âmbito da realização do Curso de Doutorado em Enfermagem, em que temos como objetivo, compreender a experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico na sua transcendência.

A espiritualidade faz parte da natureza humana e apresenta-se relevante no momento de transcendência, visto que engloba o domínio existencial, a essência da vida, os valores do ser humano e o sentido que o mesmo atribuí à sua vida, procurando uma resposta para os acontecimentos, para a integridade, a paz, a felicidade, a esperança e a individualidade. A dimensão da espiritualidade torna-se enaltecida e assume relevo nas situações de stress emocional, doença física, na proximidade da morte, enfim perante as adversidades da vida, como seja a pessoa com dor crónica do foro oncológico.

A espiritualidade e a religiosidade são termos que se complementam, mas não sinónimos. A espiritualidade possui um conceito mais amplo e pessoal, está relacionada a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão com os outros; estimula um interesse pelos outros e por si; uma unidade com a vida, a natureza e o universo⁽¹⁾. A espiritualidade é inerente ao ser humano, ou seja, todos temos espiritualidade

mas nem todos possuímos religiosidade, pois a religiosidade refere-se a um sistema de crenças estruturadas capazes de dar resposta às questões espirituais, ou seja, envolve o que a pessoa segue, numa doutrina de valores e princípios espirituais e morais, compartilhados por pessoas em uma comunidade, e consiste ainda, na busca por um relacionamento com um ser superior, reverenciado através de escrituras, orações, cânticos e danças⁽²⁾.

Podemos dizer que a espiritualidade caracteriza-se por uma dimensão de profundidade, que procura dar resposta às questões do sentido da vida, do sentido da morte, ao sofrimento, à alegria, às opções que se tomam na vida, bem como à capacidade de ver mais além das circunstâncias presentes que permite à pessoa orientar a sua vida e sobrepor-se às dificuldades⁽³⁾.

Os doentes, para além da dor física, experimentam outras dores muito mais complexas e profundas que se referem ao significado da vida e da morte⁽⁴⁾, sendo que a esperança e força interior e, a fé, os acompanham quotidianamente, já que a esperança é encarada como uma possível saída do ciclo de dor e sofrimento e, experienciada como um conforto, pois à esperança é atribuído um poder terapêutico: sendo mais forte que o otimismo, é um mecanismo de coping importante, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual⁽³⁾. Um dos atributos do processo da esperança envolve a existência de uma força interior, sendo esta a característica essencial para que a esperança ocorra, pois não existe esperança sem que exista uma força interior. Podemos dizer que a esperança pode ser a faísca que move o homem na direção de procurar ajuda, pois é algo que não pode ser tocado ou visto, mas que tem o poder de nos suportar em alguns dos momentos mais difíceis da vida.

A fé é sustentada pela esperança, pois a esperança caracteriza o estado de espírito que acompanha a fé, sendo esta concebida como conforto, como uma fonte de apoio e possibilidade de partilha com o transcendente ou o divino, o que possibilita à pessoa doente não se sentir só e, ao mesmo tempo, permite-lhe diminuir a ansiedade, os medos, mas também a ganhar confiança e a acreditar, já que uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé⁽¹⁾.

MÉTODO

Sendo que este estudo teve como objetivo compreender o significado da experiência vivida pela pessoa com dor crónica do foro oncológico na sua transcendência, optou-se por um método de investigação qualitativo utilizando a fenomenologia na perspectiva de Martin Heidegger. A questão fundamental da filosofia heideggeriana não é o homem mas sim o Ser, o sentido do Ser, pois o método Heideggeriano possibilita chegar à compreensão do Ser, através da descrição das situações que os indivíduos experienciam⁽⁵⁾.

A abordagem fenomenológica permite estudar o fenómeno a partir do significado que este tem para a pessoa, identificando as perceções que a mesma tem da realidade procurando as particularidades individuais, os significados e as experiências dessa pessoa e são as suas descrições que constituem a fonte de dados, através de uma análise descritiva das significações da linguagem. Segundo Deschamps, esta análise consiste em penetrar o sentido intencional contido nos dados descritivos⁽⁶⁾, de forma a descobrir nos mesmos a essência da experiência vivida pela pessoa.

Do total de doentes seguidos no Serviço do Hospital de Dia, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, seleccionou-se uma amostra de dez doentes, dos quais seis do género feminino, com idades compreendidas entre 44 e 76 anos, e que obedeceram aos critérios de inclusão definidos pelo investigador, sendo os mesmos: ter doença oncológica, ser seguido na consulta da dor, possuir preservada a sua capacidade cognitiva (dados obtidos com a aplicação do teste Mini Mental State) e aceitar participar no estudo. A seleção foi feita intencionalmente, pois a lógica e o poder da amostra intencional está na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade⁽⁷⁾.

Como instrumento de colheita de dados utilizámos a entrevista parcialmente estruturada. O processo de recolha de dados realizou-se em Outubro e Novembro de 2010. As dez entrevistas permitiram chegar à saturação dos dados.

Após a realização das entrevistas e da sua transcrição, efetuámos várias leituras e releituras das mesmas, e para melhor se entender a totalidade do discurso dos sujeitos do estudo, para além da mensagem verbal, optámos por utilizar alguns símbolos capazes de facilitar a compreensão da linguagem não-verbal expressa pelos mesmos. Desta forma, nas unidades de significação transcritas, encontra-se representada a expressão do olhar de sofrimento através do símbolo () e a expressão do olhar de esperança com o símbolo (--). Os silêncios nos discursos dos participantes acompanham a sua expressão do olhar e estão identificados com o sinal de pontuação de três pontos ...

Passámos posteriormente para a análise dos dados, onde procedemos às diferentes etapas da redução fenomenológica. Seguimos o percurso metodológico preconizado por Deschamps, que se compõe de quatro etapas: a primeira etapa envolve a colocação em evidência do sentido global do texto, pois permitiu ao investigador entrar no conteúdo do texto e familiarizar-se com a experiência relatada pelos participantes do estudo, através das várias leituras efetuadas de cada uma das entrevistas. A segunda fase da análise dos dados diz respeito à identificação das unidades de significação, em que o texto foi subdividido em unidades de significação naturais, ou seja, as unidades de significação foram identificadas através de uma análise espontânea do investigador, no respeito total do que foi dito pelos sujeitos do estudo. Desta forma, após o agrupamento das unidades de significação por conteúdos, emergiram os temas centrais. A terceira etapa da análise dos dados refere-se ao desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação, em que o investigador aprofundou a compreensão das unidades de significação ao fazer a análise dos temas centrais e, os temas centrais foram decompostos em subtemas. A quarta e última fase da análise de um estudo fenomenológico envolve a síntese do conjunto das unidades de significação, aqui o investigador reuniu as unidades de significação aprofundadas numa descrição consistente e coerente, que tomou uma forma sintética. Esta última etapa é composta por três operações distintas: a descrição da experiência particular de cada participante do estudo, a descrição da estrutura típica do fenómeno e, a comunicação a outras pessoas da descrição da estrutura⁽⁶⁾.

Com o objetivo de certificar a fidelidade dos dados, o processo de categorização foi posto à consideração de dois peritos investigadores.

Regressámos posteriormente aos participantes do estudo para validação das descrições, com a finalidade de assegurar a validação dos resultados, sendo que as mesmas foram todas validadas.

No que respeita às questões éticas, solicitámos o pedido de autorização ao Diretor da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE onde decorreu o estudo, bem como o parecer da Comissão de Ética da Unidade de Saúde supracitada, sendo que obtivemos autorização e aprovação para a realização da investigação proposta com o n.º de aprovação 196. A todos os participantes do estudo foi solicitada a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constavam os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato. Foram ainda seguidos todos os procedimentos éticos conforme recomendação da declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Os resultados apresentados são um recorte dos temas e subtemas identificados na investigação realizada no âmbito do Curso de Doutorado em Enfermagem. No decorrer da análise dos dados, através do agrupamento das unidades de significação por conteúdos, emergiu o tema central: a transcendência, na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. Ao realizar a análise do referido tema central, o mesmo foi decomposto nos dois subtemas, a saber: esperança e força interior, e fé. Os subtemas identificados foram abordados com envolvimento e profundidade pelos participantes do estudo, pois estes fizeram compreender e sentir ao investigador que os aspetos que compõem os subtemas mencionados foram de extrema importância e tiveram grande impacto nas suas vidas:

Esperança e força interior

Perante as diferentes adversidades da vida a esperança permanece sempre e centra-se na possibilidade de conseguir ultrapassar a situação presente, ou seja, superar mais uma etapa, assim como outras dificuldades e contrariedades foram anteriormente vencidas, pois um dos atributos do processo da esperança envolve a existência de uma força interior, sendo esta fundamental para que a esperança aconteça. Para os sujeitos do nosso estudo, a esperança traduz-se numa força interior e dinâmica:

[...] *Agora o tempo é que manda, tenho força de vontade.* (E2)

[...] *Vai-se para a frente, porque tem que se encarar assim.* (E4)

[...] *Tenho o apoio do meu companheiro, da minha família, mas a maior força vem de nós mesmos.* (E3)

Os participantes do estudo verbalizam sobre a importância da força interior, da capacidade da mesma para impulsionar o pensamento positivo, ajudar a vencer as novas etapas e a ultrapassar a situação presente:

[...] *Eu procuro ter um pensamento positivo, escrevo várias folhas com a frase: estou curada, e espalho pela casa, é uma forma de ir interiorizando, de pôr na cabeça, o que desejo realmente, porque tudo se passa na nossa cabeça.* (E3)

[...] *Sou otimista por natureza, sempre fui ao longo da vida e agora esta é mais uma etapa que eu espero vencer. É isso precisamente a força que me dá.* (E9)

[...] Agora tenho estado muito positiva, portanto não quero baixar, quero ultrapassar isto ... (--), é essa força que eu sinto. (E10)

A espiritualidade envolve a dimensão profunda de si mesmo, traduz-se num trabalho de busca interior que permite aumentar o conhecimento e crescimento interior, conduzindo ao enriquecimento do ser.

Na pessoa com dor crónica do foro oncológico a esperança mantém-se sempre, pois ouvindo os nossos doentes, o que sempre nos impressionou, foi que até mesmo os mais conformados, os mais realistas, deixavam aberta a possibilidade de alguma cura, de que fosse descoberto um novo produto, ou de que tivesse êxito um projeto recente de pesquisa. O que os sustenta através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento é este fio de esperança⁽⁹⁾.

Assim refere uma das participantes do nosso estudo:

[...] depois estamos sempre naquela esperança ..., das coisas melhorarem um pouco, quando a cabeça está um bocadinho mais fresca pensamos um bocadinho para o lado do bem. (E1)

Neste sentido, torna-se importante escutar a esperança da pessoa com dor crónica do foro oncológico e proporcionar bem-estar, através de manter e ajustar a esperança sem maximizar nem minimizar a mesma, apenas ajudar o doente a concretizar os seus objetivos e apoiar na consecução de novas metas traçadas pelo doente, pois à medida que a situação de doença avança e que as limitações progridem é o próprio doente que baliza as suas esperanças, os seus objetivos. Podemos assim dizer que a esperança do doente mantém-se sempre, mas transforma-se em função das limitações que a progressão da doença impõe, ou seja, a esperança deixa de significar o desejo de algo distinto e adapta-se às possibilidades reais⁽³⁾.

É fundamental manter e apoiar a esperança da pessoa doente ou incentivar para possíveis caminhos de esperança, bem como ajudar o doente a definir e a redefinir os seus objetivos e, a concretizar os mesmos, pois a esperança tem de possuir um objetivo. Por vezes, é necessário transformar um objetivo final (provavelmente irrealista) numa série de mini-objetivos (mais realistas)⁽¹⁰⁾. No nosso estudo, os objetivos definidos por alguns dos participantes poderão ser considerados objetivos finais, como a possibilidade de acompanhar o futuro dos sobrinhos, dos filhos e dos netos:

[...] Luto todos os dias porque tenho que ter força, tenho que lutar para continuar a viver ..., não quero morrer ainda ... (--), eu não tenho filhos, mas tenho cinco sobrinhos e gostava muito de ver o futuro deles, os filhos que irão ter, gostava de acompanhar por mais tempo a vida deles, agarro-me a isso ... (--), é por isso que luto. (E3)

[...] Agarrei-me á vida e acho que ainda tenho idade de pelo menos criar os meus filhos, tenho que deixar os meus filhos criados... (--), é a minha força. (E4)

[...] Tento é reagir, porque tenho cinco netos e gostava de os ver orientados, gostava de ver o futuro deles, a vida que irão ter ... (--), é por isso que tento reagir. (E5)

Outro dos sujeitos do estudo traça objetivos mais concretos, mais realistas e, deposita a sua esperança e confiança nos tratamentos de quimioterapia:

[...] Mas também não desanimo com a situação, porque estou esperançado que chego ao fim da quimioterapia e a coisa começa a melhorar, e eu começo a fazer uma vida mais normal. (E8)

Para alguns doentes do nosso estudo, a esperança significa o desejo da possibilidade de cura e de continuarem com a vida que tinham anteriormente. Por vezes, na situação da pessoa com dor crónica do foro oncológico, a necessidade de segurar a esperança é comparável ao medo de ser enganado, pois a esperança apresenta-se confusa e ambígua à medida que os tratamentos falham e a doença avança, e sentimo-nos divididos entre a necessidade de manter a esperança e lutar com todos os meios possíveis pela nossa sobrevivência, e o medo (igualmente poderoso e profundo) de que a realidade nos volte a defraudar⁽³⁾.

Os doentes antecipam quotidianamente o medo dos tratamentos falharem e de tudo (de todo o processo) ter de recomeçar, assim refere uma das participantes do estudo:

[...] Quando soube que os primeiros tratamentos não resultaram foi outro choque, é como se me tivessem dito que eu tinha outro ... (), e agora tenho medo de ter que passar por tudo outra vez. (E7)

[...] Estou sempre a pensar nisto e tenho medo deste segundo tratamento não resultar, de voltar tudo ao início ... (), tenho medo. (E7)

À medida que a condição do doente se agrava, a esperança direciona-se para uma nova consciência e crescimento interior da pessoa doente, pois podemos mudar a esperança de viver mas pela esperança de viver de uma forma mais valiosa⁽³⁾. Nesta perspetiva coloca-se a questão:

se podemos esperar algo bom no futuro quando não há possibilidade de cura. A resposta é sim. Há esperança e a há a distintos níveis. Podemos esperar ser tidos em conta como pessoas [...] que o tempo que nos resta possa estar cheio de sentido e afeto, [...] que seja um tempo em que nos possamos sentir acompanhados, amados e respeitados, [...]. Esperamos poder significar algo para os outros⁽³⁾.

Podemos assim dizer que apesar do sofrimento ou através dele é possível crescer pessoal e espiritualmente, pois quando pouco já há a esperar, continua a ser realista ter esperança numa morte serena⁽¹⁰⁾. Há pessoas que confrontadas com o final da vida ou com situações de muito sofrimento se deixam ir, se entregam, se abandonam ao seu destino. Elas trilham um caminho onde se confrontam simultaneamente, com a lucidez e a esperança, e com a aceitação da morte e da vida. No fundo, trata-se de tomar consciência da sua finitude frente à vida, só que com uma maior acuidade:

[...] O que penso é ir vivendo assim até que Deus me leve, penso ir fazendo estes tratamentos até que aguente e, em não os aguentando, deixá-los de fazer até que se acabe ... (), é assim, a vida, temos que a ir levando como Deus a destina. (E1)

Desta forma, a esperança tende a focar-se mais no Ser do que no conquistar; nas relações com os outros; na relação com Deus ou com um ente superior⁽¹⁰⁾.

É, sem dúvida, a esperança que possibilita aos doentes com dor crónica do foro oncológico prosseguirem o seu caminho. O fator humano-terapêutico, mais importante, traduz-se na capacidade de esforço para infundir a esperança. Pois, a esperança é esse constitutivo da existência humana que transcende o mero otimismo em situações como a da pessoa com dor crónica do foro oncológico.

Fé

Na pessoa com dor crónica do foro oncológico a fé relaciona-se com a esperança, é concebida como conforto, como uma fonte de apoio e possibilita o acreditar em algo positivo. A fé relacionada com o transcendente ou o divino tem por base a partilha das dúvidas, preocupações e angústias por parte do doente, o que contribui para diminuir a sua ansiedade, os medos e sustentar a esperança:

[...] Tenho fé com Nossa Senhora de Fátima, estou sempre a pedir a sua ajuda ... (--), tenho fé. (E7)

Os participantes do estudo continuam a salientar, nos seus relatos, a ligação entre a fé com o transcendente ou o divino:

[...] Vou á igreja e peço muito a Deus, talvez seja a minha maneira de pensar, tenho muita fé ... (--), e então, enquanto cá estiver vou vivendo um dia de cada vez. (E6)

[...] Vou á missa, o Sr. Padre já deu uma missa por mim, para as minhas melhoras. (E6)

A oração também é uma forma de comunicação e pode ser utilizada pela pessoa doente, pois confere confiança e está muitas vezes relacionada com a diminuição da ansiedade⁽¹¹⁾. A prática religiosa faz parte da espiritualidade da pessoa e, favorece a capacidade para enfrentar e aceitar as adversidades. O nosso estudo averigua que os participantes percecionam a fé ligada à esperança, presente na sua vivência diária, que faz acreditar em algo positivo, baseada numa crença transcendental:

[...] Deus está em todo o lado e existe, e a gente tem que ter fé... (--), eu tenho fé. (E9)

[...] Estou cá até que Deus queira, só parto quando ele quiser. Tenho muita fé, sou crente, acredito que Deus pode ajudar-me a ultrapassar tudo isto ou a acompanhar-me até ao fim, conforme ele quiser. Já falei com Deus, um dia fui á beira de um rio, sentei-me, olhei os céus e disse: - Deus ..., aceito o que tiveres para mim ... (--), mas ainda é cedo para eu partir. (E3)

A crença numa força superior e/ou interior significa enxergar no ser humano a qualidade de transcendência, que vai além do corpo físico e permeia o âmbito da subjetividade e da conetividade, com Deus, com os outros, com a natureza e consigo mesmo⁽¹²⁾, assim se verifica nos sujeitos do nosso estudo:

[...] Eu sou uma pessoa de fé, a minha fé é que me vai orientando, tenho fé que chegue ao fim do tratamento e que fique bastante melhor, não sei se isto dá para limpar totalmente, mas que passe a fazer a minha vida normal, como fazia até aqui. (E8)

[...] Já antes era uma pessoa de fé, porque aconteceram-me coisas na vida que de facto ... (--), a fé é que ajudou, com a fé superei isso tudo, graças a Deus, eu ponho tudo na mão de Deus. (E9)

A fé ao permitir a partilha com o transcendente ou o divino, ajuda a diminuir a ansiedade, a ganhar confiança, a acreditar, a ter força interior e, a desenvolver o pensamento positivo.

DISCUSSÃO

Sabemos que não existe esperança sem que exista uma força interior, sendo esta a característica essencial para que a esperança ocorra. Os doentes com dor crónica do foro oncológico mantêm sempre esperança, sendo que esta se traduz numa força interior capaz de estimular o pensamento positivo e transcender o aqui e agora.

A esperança transforma-se de acordo com o progresso da doença e, conseqüentemente com as alterações que surgem ao nível das várias dimensões, pois no percurso da doença, é frequente assistir a uma transformação gradual da esperança e, em alguns casos, a uma transformação na qualidade da mesma⁽³⁾, sendo o próprio doente a limitar as suas metas, ao traçar objetivos cada vez mais concretos.

Por vezes, a esperança do doente pode parecer irrealista no ponto de vista dos profissionais de saúde, mas pode não sê-lo na perspetiva da pessoa doente. A esperança é mobilizadora de esforços, de energia para que enfermeiro e doente numa ação concertada caminhem em direção a um objetivo comum⁽¹³⁾. Desta forma, acompanhar os doentes na esperança requer proximidade interior, caminhar a seu lado e servir-lhe de apoio, desenvolvendo atitudes de ajuda e interiorizando as mesmas, através da palavra e da linguagem não-verbal: desde a presença silenciosa e eloquente do profissional de saúde, a sua postura, o seu sorriso e o olhar, ou seja, a poderosa linguagem dos gestos. Esta linguagem do corpo é tanto mais importante quando as palavras deixam de poder ser ditas. Neste contexto, de acordo com Bermejo, o profissional de saúde

sente-se chamado a ser homem de esperança numa encruzilhada de sofrimento e obscuridade, uma esperança que permite olhar mais além da satisfação dos desejos imediatos, inclusive para além da dor e da morte, quando a visão antropológica não fica no final definitivo com a morte, e quando o doente manifesta uma visão transcendente⁽¹⁴⁾.

A esperança e a fé ajudam a pessoa doente a enfrentar, aceitar e a superar as adversidades da vida, auxiliam na manutenção do controlo das situações difíceis ao proporcionarem segurança e otimismo, sendo de grande relevância para a aceitação e busca de significados na vida, diante da proximidade da morte⁽¹⁵⁾.

No nosso estudo, para a pessoa com dor crónica do foro oncológico, acreditar e partilhar com o transcendente ou o divino funciona como uma fonte de apoio e, é uma forma de manter a esperança, de não se sentir só e de dar sentido à vida. No estudo efetuado por Bonomo *et al.*, concluiu-se que a utilização da espiritualidade produz, de alguma forma, no estado psicológico do doente, uma positividade maior, comparada aos que não possuem, gerando uma maior/melhor forma de enfrentamento a situações adversas e auxiliando para maior qualidade de vida⁽¹⁶⁾. Neste contexto Araújo refere, que estudos constataram, que os doentes que aceitaram receber ajuda espiritual, que acreditaram em sua espiritualidade ou seguiram as práticas de alguma religião, sofreram menos pela doença e tiveram uma melhoria, diferente dos que não acreditaram ou não a praticaram⁽²⁾. Ainda no estudo de Mesquita *et al.*, os doentes consideraram importante a espiritualidade/

religião em suas vidas e gostariam que os profissionais de saúde abordassem esta questão através da oferta de assistência espiritual⁽¹⁷⁾. Desta forma, pretende-se que os profissionais de saúde estejam atentos para diagnosticar e avaliar os fenómenos relacionados com a espiritualidade⁽¹⁸⁾, para que possam ajudar e dar resposta às necessidades dos seus doentes ao nível da dimensão espiritual.

A espiritualidade pode ser entendida como aquilo que nos permite, enquanto seres humanos, experimentar a transcendência da vida, aquilo que está para além de nós. Num outro estudo⁽¹⁹⁾, para os participantes, dois conceitos foram enfatizados em relação à espiritualidade: um atribuído à crença religiosa e outro à dimensão que transcende o corpo. Podemos dizer que a procura de sentido para o sofrimento, juntamente com a fé - a crença num poder superior transcendente, não necessariamente Deus, serão os elementos-chave na base da definição de espiritualidade. Na pessoa com dor crónica do foro oncológico, a espiritualidade age no desenvolvimento, na orientação e na reabilitação da pessoa e, conseqüentemente gera qualidade de vida, por prolongar as expectativas do viver⁽²⁾. No entanto, não podemos descartar a religiosidade já que a mesma faz parte da espiritualidade do indivíduo⁽¹⁹⁾, promove o conforto, a esperança e favorece o enfrentamento e aceitação das adversidades⁽¹⁹⁾.

Na pessoa com dor crónica do foro oncológico, paralelamente à progressão da doença, agravam-se as questões existenciais, logo a dimensão espiritual deveria receber tanta atenção por parte dos profissionais quanto o próprio enfoque clínico⁽²⁰⁾. No entanto, acrescenta Nobre, muitas das vezes o aspeto espiritual fica esquecido, sendo da competência dos profissionais de saúde estar atento à dimensão espiritual dos doentes e é na fase final da vida que esta dimensão assume maior importância⁽²¹⁾. Desta forma, é indiscutível a necessidade de preparação e conhecimento dos profissionais de saúde a este nível. Torna-se essencial a sua disponibilidade interior e capacidade de escuta, para que possam compreender a esperança da pessoa doente, sem projetar no doente as suas próprias esperanças, e para que possam cuidar de uma forma holística e humanizada atendendo, além de tantos outros aspetos, às necessidades espirituais dos doentes⁽¹⁹⁾. Isso requer de quem cuida, dentre de outras virtudes, o comprometimento, amor, atenção e respeito⁽²²⁾.

CONCLUSÕES

A pessoa com dor crónica do foro oncológico confronta-se com o desequilíbrio não só da dimensão física, mas também com as instabilidades que surgem quer no campo psicológico, social e ao nível da dimensão espiritual, em que se acolhe dentro de si mesma e efetua um trabalho de busca interior, de confronto consigo própria. Reflete sobre o que viveu, procura o sentido do que realizou e experienciou, bem como a aceitação do que não concretizou, e assim contribui para o seu crescimento interior e enriquecimento do Ser.

Nesta fase da vida, a dimensão espiritual é enaltecida, assume relevo e torna-se uma ferramenta prodigiosa, transmitindo esperança e força interior, conforto, fé, melhor compreensão acerca do sentido da vida e capacidade de discernimento na proximidade da morte. Sendo que a esperança é percebida pelos participantes do estudo como uma força interior que transcende, estimula e conduz ao pensamento positivo. Os doentes encaram a situação presente como mais uma etapa a ultrapassar.

No que respeita à fé, a mesma é concebida como conforto, como uma fonte de apoio relacionando-se com a esperança. Também a fé, ao estabelecer uma crença com o transcendente ou o divino, tem por base a partilha o que permite, aos participantes do estudo, diminuir a ansiedade, manter e restaurar a esperança.

Acompanhar estes doentes na esperança requer disponibilidade e proximidade interior, bem como capacidade de escuta, pois a competência relacional, isto é, a arte de se relacionar com a pessoa doente, acompanhando-a na esperança e na fé, envolve o campo do saber saber, ou seja os conhecimentos teóricos, a formação; bem como o campo do saber fazer, que se relaciona com as técnicas próprias da relação de ajuda e, o campo do saber ser/estar, que envolve as disposições interiores e atitudes, com o objetivo de escutar e compreender a esperança dos doentes, conduzindo-os a uma nova consciência, ao desenvolvimento da dimensão espiritual e enriquecimento do ser.

REFERÊNCIAS

1. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [citado em 08 jul 2014]; 64(1):53-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf>.
2. Araújo EC. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado. Rev Enferm UFPE on line. [Internet], 2015 set. [citado em 06 out 2015]; 9 (Supl. 8): Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8852>.
3. Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. 1ª ed. Madrid: Arán Ediciones, S.L; 2008.
4. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 mar [citado 12 maio 2013]; 31 (1): 84-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472010000100012&script=sci_arttext.
5. Heidegger, M. Ser e Tempo. Pensamento humano, Parte I. Petrópolis: Vozes; 1995.
6. Deschamps C. L'approche phénoménologique en recherche. Montreal: Guérin éditeur; 1993.
7. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2ª ed. Londres: Sage publications; 1990.
8. Williams JR. Manual de Ética Médica. 2ª ed. [Internet]. Francia: Asociación Médica Mundial; 2009 [citado 05 jun 2012]. Disponível em: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf.
9. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
10. Twycross R. Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
11. Fornazari SA, Ferreira RE. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. Psic Teor e Pesq [Internet], 2010 abr/jun [citado em 10 fev 2013]; 26(2):265-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722010000200008&lng=en&nrm=iso.
12. Sinclair S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. CMAJ. 2014; 183(2):180-7.

13. Fonseca AM, Lopes MJ. Experiência de Cuidados à pessoa com cancro, na perspectiva de estudantes de formação inicial em enfermagem. Rev Enferm UFPE on line. [Internet], 2011 mar/abr [citado em 3 mar 2013]; 5(spe): 344-53. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1754/pdf_440.
14. Bermejo J. Aspectos espirituais en los cuidados paliativos. Barcelona: Baldo Santi Lucherini. OMD, (Clínica família); 1999.
15. Santos G, Sousa L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet], 2012 out/dez [citado em 12 abr 2013]; 15(4):755-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18099823201200400014&lng=en&nrm=iso.
16. Bonomo AA, Gragefe CK, Gerbasi ARV, Carvalho MDB, Fontes, KB. Coping religioso/espiritual em pacientes com câncer em tratamento. J Nurs UFPE on line. [periódico na Internet], 2015 abr. [citado em 06 out 2015]; 9(Supl.3): 7539-46. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6496>.
17. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzine RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 Jan [citado em 2014 feb 16]; 21(2):539-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/01041169-rlae-21-02-0539.pdf>.
18. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [citado em 2014 jul 08]; 22(1): [07 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/0104-1169-rlae-22-01-00028.pdf>.
19. Carvalho, GDA, Acioly, CC, Santos, SR, Valdevino, SC, Alves, AP. Necessidades espirituais de pacientes na terminalidade: vivência de enfermeiros assistenciais. Rev Enferm UFPE on line. [Internet], 2014 abr [citado em 08 jan 2015]; 8(4): 808-13. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5068>.
20. Penha RM, Silva MJP. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. Texto & contexto enferm [Internet]. 2012 abr/jun [citado em 08 jan 2013]; 21(2): 260-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200002&lng=en&nrm=iso.

21. Nobre CFC. O doente em fim de vida. Uma abordagem sobre o acompanhamento espiritual na perspectiva de Enfermagem. Rev Nursing. Lisboa: Serra Pinto. 2008; 235: 9-12.
22. Lopes MEL, Fernandes MA, Platel ICS, Moreira MADM, Duarte MCS, Costa TF. Cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros assistenciais. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 jan [citado em 16 fev 2014]; 7(1): 168-75.

Correspondência: fm@uevora.pt