



Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Mestrado em Ciências de Enfermagem



Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar
ICBAS

**ESPIRITUALIDADE, CULTURA E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM
EM SITUAÇÕES TERMINAIS: ESTUDO ETNOGRÁFICO EM
CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
sob a orientação do Professor Doutor Wilson
Jorge Correia de Abreu.

Vânia Goreti Ferreira Gonçalves

2008

“Assim como não se deve tentar curar os olhos sem a cabeça, ou a cabeça sem o corpo, também não se deve tentar curar o corpo sem a alma... pois uma parte nunca pode estar bem sem que o todo esteja bem.”

Platão

*Aos meus Pais, Irmãos, Marido e Espíritos
Aventureiros que vagueiam entre os meus sonhos.*

Agradecimentos

À minha Família pelo apoio incondicional.

Ao meu Marido pela presença e compreensão.

Aos Participantes pelo testemunho sincero e, por vezes, doloroso.

Aos Amigos pela partilha da jornada.

Aos Colegas pelo percurso neste mar de incertezas e sentimentos.

Aos Professores pela confiança em descobrir horizontes existenciais.

Às Enfermeiras Ana Paula Santos e Lina Andrade pelo contributo científico.

Aos Enfermeiros do Serviço pela constante atenção e colaboração.

À Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada pela disponibilidade.

Ao Hospital do Divino Espírito Santo pelo acolhimento.

Ao Professor Wilson Correia de Abreu pela sapiência e orientação académica.

A Todos que viveram, sentiram e apoiaram as emoções e me proporcionaram trilhar o
caminho da investigação... Bem Hajam!

Resumo

A espiritualidade é uma dimensão humana através da qual a pessoa percorre um caminho na direcção da transcendência e descobre um sentido para a vida, encontrando significado e apoio para as experiências e vivências. A dimensão espiritual é frequentemente confundida com o fenómeno religioso. O seu significado ultrapassa a realidade religiosa, fornecendo uma base que confira sentido às manifestações de cada pessoa. Perante uma situação de doença terminal, o Homem encontra-se consigo próprio num momento de reflexão e introspecção que, perante o sofrimento, está inerente à aceitação da morte como etapa futura.

Com este estudo, pretendemos identificar e compreender as manifestações espirituais que os clientes expressam no decurso do seu internamento, bem como o significado que as manifestações adquirem na situação de doença terminal. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com base no paradigma naturalista e com uma orientação etnográfica. A recolha de dados foi realizada em meio hospitalar, tendo como participantes doze clientes. Para a observação participante, utilizou-se como referência o Modelo de Observação-Participação-Reflexão de Leininger e as fases de pesquisa etnográfica propostas por Spradley. Foram ainda utilizadas entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos doze clientes, no contexto da observação. O processo de análise dos dados teve igualmente como referência o modelo de Spradley. Foi necessário recorrer ao campo sempre para a clarificação e confirmação de alguns dados obtidos no terreno.

A realização da investigação resultou na identificação de onze domínios culturais, um dos quais seleccionado para a análise taxonómica. Da análise temática emergiram três temas que constituem o eixo central dos resultados obtidos, nomeadamente, o primeiro, de concepção dominante: *a espiritualidade como uma certeza nos clientes em fase terminal*, representa a dimensão que a espiritualidade assume no âmbito hospitalar; o segundo, de origem prática: *o cuidar espiritual como uma ajuda aos clientes em fase terminal*, reconhece a importância que a espiritualidade assume nesta fase do ciclo da vida e, por último, o terceiro tema, numa abordagem fundamentalmente compreensiva: *os enfermeiros como um elo importante na tríade indivíduo/cultura/doença terminal*, identifica o papel da enfermagem como potencializadora de uma prática do cuidar holístico.

Concluimos, neste estudo, que os clientes em fase terminal em contexto hospitalar apresentam manifestações espirituais resultantes da educação adquirida recorrendo, na maioria dos casos, à matriz espiritual das suas manifestações, ou seja, à

declaração objectiva e pessoal de uma espiritualidade religiosa intrínseca à sua identidade e existência. O recurso à espiritualidade corresponde a uma racionalidade identitária mas igualmente a uma estratégia de *coping*, de modo a compreender e aceitar a condição actual de cliente em fase terminal.

Pretendemos que, de acordo com as dimensões apresentadas, o estudo possa contribuir para uma melhor compreensão dos significados da espiritualidade, bem como, para a utilização dos conhecimentos desenvolvidos acerca da dimensão cultural e espiritual do cliente no complemento de uma prática de enfermagem baseada na evidência. Por fim, identificamos algumas considerações plausíveis para futuros trabalhos de investigação no âmbito da respectiva área.

Abstract

Spirituality is a dimension of the human being where the person goes through a path towards transcendence and discovers a sense of life, finding meaning and support for the experiences and life events. The spiritual dimension is often confused with religion. It's significance goes beyond the religion reality, providing a basis that gives meaning to each persons expressions. Faced with the situation of terminal illness, human being is, with itself, at a time of reflection and introspection that given the psychological suffering, is inherent to the acceptance of death as a future process.

With this descriptive study, we pretend to identify and to understand spiritual manifestations that patients express during hospitalization time and the meaning that those manifestations acquire in the position of terminal illness. The study is based on the naturalist paradigm with an ethnographic orientation. Participants were twelve patients (in the clinical wards). To collect data, performed in the hospital context, we used the Observation-Participation-Reflection Model of Leininger and also the stages of context involvement proposed by Spradley. We also used semi-structured interviews held for certain patients after the observation period. The process of data analysis follows the model of Spradley.

At the final of the study, we identify eleven cultural domains, one of them selected for the taxonomic analysis. Three nuclear themes emerged from the content analysis. The first, with a dominant conception: *Spirituality is certain in patients with a terminal illness*, represents the dimension that spirituality takes in the hospital. The second one, with a practical nature refers to: The spiritual care as an aid to patients in the terminal stage recognises the importance that spirituality takes on this stage of the cycle of life. And finally, the third theme, in a fundamentally comprehensive approach, refers to: *Nurses as an important link in the triad individual-culture-terminal illness, identifies the role of nursing as a dynamic strength in the practice of holistic care.*

We conclude, in this study, that hospitalized patients in terminal stage often show spiritual manifestations as a manifestation of their personal identity and socialization. The use of spirituality is a rational strategy to deal with the identity, but also a mean to cope with the current condition of terminal patient. We hope that this study can contribute to a better understanding of the meanings of spirituality and how to improve the spiritual and cultural dimensions of nursing care through evidence based nursing. Finally, recommendations for further research and practice are made.

Abreviaturas e Siglas

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

JCAHO – Joint Commission of The Accreditation of Health Care Organization

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Intervention Classification

OMS – Organização Mundial de Saúde

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – CULTURA, ENFERMAGEM E ESPIRITUALIDADE	7
1. DIVERSIDADE CULTURAL E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	7
1.1. Conceito de cultura.....	8
1.2. Enfermagem transcultural: teorias e modelos	12
1.3. Realidades culturais no cliente terminal.....	18
2. A PESSOA E O FIM DE VIDA.....	25
2.1. Cuidados Paliativos: realidades e desafios	26
2.2. Cuidar o cliente terminal: as perspectivas da Enfermagem.....	32
2.3. O cliente terminal: uma abordagem holística	37
3. O CUIDAR ESPIRITUAL	43
3.1. Dimensões da espiritualidade	44
3.2. Relevância da espiritualidade nos cuidados de enfermagem.....	50
3.3. Estratégias adaptativas do cliente terminal.....	58
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	63
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
1.1 Opção metodológica: abordagem etnográfica	64
1.2 Contexto do estudo	68
1.3 Participantes do estudo	71
1.4 Estratégias de colheita de dados	72
1.5 Validação das estratégias de colheita de dados	80
1.6 Considerações éticas.....	81
1.7 Procedimentos na análise de dados	81
2. REALIDADE ESPIRITUAL NOS CLIENTES EM FASE TERMINAL	89
2.1 O conceito de espiritualidade na situação actual de cliente em fase terminal....	90
2.2 A espiritualidade no contexto hospitalar	108
2.3 Manifestação cultural da espiritualidade	137
2.4 Cuidados espirituais em fase terminal: uma certeza na enfermagem.....	152
2.5 Análise de temas.....	166
CONCLUSÃO.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
ANEXOS.....	189

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da Colheita e Análise Preliminar dos Dados	77
Quadro 2 – Algumas Questões Orientadoras das Entrevistas Semi-Estruturadas.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Domínio Cultural 1	96
Figura 2 – Domínio Cultural 2	103
Figura 3 – Domínio Cultural 3	107
Figura 4 – Domínio Cultural 4	118
Figura 5 – Domínio Cultural 5	124
Figura 6 – Domínio Cultural 6	131
Figura 7 – Domínio Cultural 7	137
Figura 8 – Domínio Cultural 8	142
Figura 9 – Domínio Cultural 9	146
Figura 10 – Domínio Cultural 10	152
Figura 11 – Domínio Cultural 11	164
Figura 12 – Análise Taxonómica.....	166

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Nota de Campo	189
Ilustração 2 – Entrevista	194

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem, percorreu durante anos um trajecto que se demarcou pela procura de uma perfeição técnica e do aprofundamento de complexidades de diversa ordem, de entre as quais emerge a científica e a conquista de autonomia. Actualmente, verifica-se um interesse crescente em regressar a valores nucleares implícitos à sua própria história e identidade. Neste sentido, a enfermagem compreende a singularidade do ser humano e abandona a visão simplicista, patente no modelo biomédico, e aceita a complexidade do modelo holístico, assente na compreensão do Homem como um ser multidimensional em que o todo significa muito mais do que a simples soma das partes.

A enfermagem aceita, enquanto ciência, o legado de Florence Nightingale e desenvolve a aceitação da alma e do espírito como dimensões centrais de um todo, de modo a que a planificação dos cuidados holísticos possa ser abrangente e o cliente possa ser considerado na globalidade da sua existência. Assim sendo, parece não suscitar actualmente qualquer dúvida que a essência da disciplina de enfermagem reside no acto de cuidar o ser humano, no seu processo de saúde/doença com toda a abrangência que o conceito pode significar.

Numa necessidade de desenvolver a identidade, a autonomia e a credibilidade científica da profissão, tem sido desenvolvida investigação em áreas referentes às múltiplas dimensões do cuidar em enfermagem. Assim, a definição de cuidar em enfermagem assume limites muito característicos, cujos reflexos, cognitivamente aprendidos, se evidenciam nos modos humanísticos e científicos de facilitação em habilitar um cliente, um indivíduo, uma família ou uma comunidade a receber serviços personalizados, por meio de processos, de técnicas e de padrões específicos, culturalmente definidos, de modo a melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou a para a morte (Leininger, 1995).

Uma análise do próprio conceito de cuidar em enfermagem consubstancia, na sua essência, uma dinâmica de ciência e de arte, assumidos de forma contextualizada e com respeito pelos valores culturais e o estilo de vida das pessoas. Como consequência, torna-se necessário que o enfermeiro possua conhecimentos transculturais, apreendidos pela observação da estrutura social, da visão do mundo e dos valores, bem como dos contextos ambientais das diferentes culturas.

Tal como Leininger (1995), Watson (2002) revela que a melhoria dos cuidados de enfermagem assenta na interacção entre a prática e os conhecimentos relacionados com a dimensão espiritual e cultural de cada cliente. Importa, portanto, ao longo do trabalho, analisar e salientar a relação transpessoal no cuidado de enfermagem, proposta por Watson e baseada na coerência, empatia e calor humano, considerando também que o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionada essencialmente para a protecção da dignidade humana (2002).

Com a proximidade do fim da vida o Homem procura encontrar, numa dimensão transcendente, a razão para a sua existência. Nesta fase da vida ocorre uma procura do encontro com o “Eu” íntimo e pessoal de cada um como estratégia a amenizar os sentimentos em relação ao momento de partida. Sendo, também, um dos momentos de análise, esta pesquisa procura reflectir acerca da importância que a consciencialização e prática dos cuidados espirituais têm na prestação de cuidados, de modo a que se desenvolvam de uma forma holística e inerentes a uma responsabilidade actual para os enfermeiros¹ de hoje. Considerando a dimensão espiritual como uma dimensão humana, aceitando-a na sua *praxis*, os enfermeiros estarão em melhores condições para alcançar a dinâmica holística e humana pretendidas, conquistando o que de mais íntimo e pessoal cada Homem possui: a sua própria espiritualidade.

Embora se possa verificar em algumas circunstâncias a simplificação da extensão espiritual, ao ponto de ser considerada sinónimo de religião, a espiritualidade é uma dimensão humana que transcende e justifica todas as outras, promovendo sentido à vida. Nesse sentido, a saúde espiritual do cliente em fase terminal assume-se como o estado de equilíbrio que transcende as coisas físicas e materiais. Revela-se, por conseguinte, na receptividade para reconhecer uma força superior, tal como o cliente a define, seja essa força Deus, a ciência, a natureza ou simplesmente o destino (Azevedo *et al.*, 2004).

Assim, reflectir sobre a fase terminal da vida, numa perspectiva de enfermagem, significa também, dedicar uma atenção muito especial aos enfermeiros que pensam, sentem e vivem o fim de vida de alguém. Entende-se que, implica também ter uma percepção real do papel do enfermeiro perante a pessoa que está a fazer essa caminhada e perante a família que está no seu dia-a-dia a viver essa perda, numa envolvência cultural e espiritual. Deste modo, o sujeito central da enfermagem, o enfermeiro, necessita de estar ciente dos princípios espirituais, religiosos, culturais e

¹ Utilizar-se-á a palavra enfermeiro(s) com referência à classe de enfermagem sem, no entanto, fazer diferenciação entre géneros.

étnicos de cada cliente e, assim, respeitá-los, traduzindo a sua actuação em cuidados verdadeiramente holísticos, ao mesmo tempo que entende as diferentes preocupações e ansiedades do cliente. Uma acção alicerçada nas presentes directrizes traduzirá, pois, o cumprimento do artigo 2º da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, nomeadamente, o direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas. Torna-se, portanto, importante que os enfermeiros se questionem sobre o modelo impessoal e objectivo da ciência e reflectam sobre as experiências únicas e globais de cada ser humano. (Watson, 2002).

Com base nos pressupostos e evidências manifestas, foi-nos importante definir o problema do presente estudo, inserido no Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). A reflexão sobre a temática *“Espiritualidade, Cultura e Práticas de Enfermagem em Situações Terminais: Estudo Etnográfico em Contexto Hospitalar”*, levou-nos a aprofundar e aferir acerca das manifestações de espiritualidade dos clientes em fase terminal e, por consequência, da importância e competências dos enfermeiros, numa prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo vital como processo intrínseco à própria profissão, nomeadamente, o acompanhamento dos clientes, das famílias e dos conviventes significativos no processo de aceitação da morte. O estudo foi desenvolvido com base na seguinte questão de partida: *Que manifestações espirituais desenvolvem os clientes em fase terminal internados numa unidade de saúde hospitalar?*

De forma a promover uma compreensão do significado dos cuidados de saúde e proporcionar conhecimentos úteis à promoção de uma mudança cultural, definimos como objectivos principais:

- Identificar as manifestações espirituais que os clientes põem em prática aquando do internamento;
- Compreender o significado atribuído à prática religiosa como manifestação espiritual pelos clientes internados numa unidade de saúde;
- Compreender o modo como a situação actual influencia as manifestações espirituais;
- Conhecer as expectativas do cliente em fase terminal, em relação aos cuidados de enfermagem na área da espiritualidade.

Ao partilhar-se este processo de descoberta preconizada pelos presentes objectivos, pretendemos contribuir para a construção de um corpo próprio de conhecimentos, percepções e sentimentos que permita aos enfermeiros a implementação de uma

prática de cuidar culturalmente congruente à realidade de cada cliente em fase terminal.

No primeiro capítulo do estudo, consideramos pertinente descrever os conceitos inerentes à problemática, particularmente os conceitos abrangentes de cultura e enfermagem transcultural, cuidados paliativos, *coping* e espiritualidade, bem como, a sua inter-relação com os clientes em fase terminal.

No segundo capítulo abordamos a fundamentação teórica da metodologia e os procedimentos metodológicos aplicados para o desenvolvimento e consistência do trabalho. O capítulo terceiro dedica-se, de forma descritiva, à interpretação, análise e discussão dos resultados obtidos.

Na procura de respostas, esperamos, portanto, que o trabalho possa contribuir, de alguma forma, para perceber e compreender, por um lado, a religiosidade açoriana e, por outro, a dimensão da importância da espiritualidade no contexto terminal de vida. Nesta perspectiva, reflectimos como importante as responsabilidades fundamentais dos enfermeiros perante os clientes e face aos seus contextos sociais e culturais. Assim sendo, manifesta-se de importância significativa identificar a crença espiritual do cliente, pelo que a percepção de determinadas práticas determinará a compreensão e a liberdade individual das suas próprias acções. Considerando-se a acção do enfermeiro e do cliente assentes nos princípios intrínsecos à liberdade de expressão religiosa (Lei n.º 16/2001, de 22 de Junho), ao enfermeiro compete, pois, a procura de conhecimentos sobre as principais práticas religiosas com o intuito de se adaptar à manifestação religiosa do cliente e, consequentemente, estruturar uma prática profissional mais personalizada (Nunes, Alves & Malcata, 1995, Robins, 1991).

Nos Censos de 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002), verificamos que a maioria dos açorianos afirma-se católica, ou seja, 94% da população (178 719 de 189 996). Deste modo, pode-se certificar que uma das marcas mais expressivas da cultura açoriana assenta, sem dúvida, na religiosidade, e, neste sentido, é necessário compreender que a espiritualidade, no processo terapêutico, revela-se e revelar-se-á um aspecto importante e fundamental para o bem-estar do cliente em fase terminal.

Nesta perspectiva e tendo em linha de pensamento as referências elaboradas sobre o contributo significativo da abordagem cultural para a prática de enfermagem, salientamos a pertinência da presente investigação cuja finalidade se baseia, também, numa dinâmica construtiva de disponibilizar aos enfermeiros que cuidam de clientes hospitalizados, em fase terminal, instrumentos de informação, de modo a intervirem eficazmente, potencializando estratégias e partilhando com os restantes profissionais de saúde a importância dos padrões culturais identitários dos respectivos clientes.

Sem nunca perdermos de vista a problemática suscitada pela questão central, desenvolvemos a nossa investigação de modo a compreender o cliente com diagnóstico terminal em toda a sua dimensão humana, assinalando, por um lado, a experiência clara de apreender as estratégias de *coping* utilizadas face à situação e as respectivas manifestações espirituais no contexto hospitalar e, por outro, o modo como a espiritualidade acompanha o cliente no seu percurso pessoal.

PARTE I – CULTURA, ENFERMAGEM E ESPIRITUALIDADE

1. DIVERSIDADE CULTURAL E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Perante os avanços da ciência e da tecnologia que, constantemente, são divulgados como estratégias de resolução dos problemas derivados da doença e do envelhecimento, aumentam-se as expectativas sobre a saúde e longevidade, não raro suscitando um sentimento subjectivo imortalidade.

O mundo actual transforma a morte e o morrer numa experiência pessoal e colectiva, fomentando o medo, a ansiedade, o silêncio, a ocultação, enfim, a negação destas realidades. A sociedade contemporânea atravessa uma fase de negação da morte e, ao mesmo tempo, confronta as pessoas com informação relativa ao avanço do conhecimento, aparentemente prodigioso no que concerne à luta contra a doença, que alimenta, subconscientemente, a expectativa da saúde e da esperança na imortalidade com reflexos directos no cliente² e na família.

A perspectiva da morte e do morrer, evidências tão antigas quanto a humanidade, têm sido compreendidos e interpretados no decurso da história por reflexões diferentes, assentes em distintos modelos de pensamento. A compreensão surge como produto dos diferentes contextos geográficos, culturais, religiosos e sociais do indivíduo, ao mesmo tempo que se assiste a um enfraquecimento das fronteiras entre a morte e a vida e, de uma certa forma, a uma renúncia ao cliente em fase terminal da sua própria morte. Deste modo, a morte e o morrer têm sido orientados para um espaço de *vazio* que permite o indivíduo desapropriar-se, em final de vida, da sua dimensão individual e contextualização social, permitindo, ao mesmo tempo, separá-lo dos valores e das crenças³ que permitem tornar-lhe representativo o modo de vivência e de idealização acerca da sua própria morte (Silva, 2006). Pelo presente pressuposto, intervir, para a enfermagem, fundamenta e consubstancia o sentido de *ser* com a pessoa, assumindo-se *ser* pela acção uma parceria efectiva nos cuidados individualizados. No entanto, importa sublinhar que para *ser* com a pessoa, promovendo o cuidar holístico, torna-se importante perceber o seu verdadeiro contexto sociocultural.

² A palavra cliente, conforme refere Rodeia (1998), permite ao sujeito tornar-se activo no seu processo de cura ou de morte e não apenas um objecto passivo no desenrolar do seu percurso de saúde e doença. Cf. Rodeia, J. M. F. (1998). O enfermeiro perante o doente terminal. *Servir*, 46 (3), 110-113.

³ Para a Psicologia, o termo crença pode surgir sob o nome de pensamento, representação, orientações cognitivas, teorias implícitas, saberes subjacentes aos valores, expectativas, perspectivas e atitudes. As crenças são, assim, categorias encaradas como parte da cultura e o pano de fundo do contexto em que o indivíduo racionaliza decisões perante situações específicas que definem tanto o seu pensamento quanto a sua acção. Cf. Silva, R. C. (2003). Uma reflexão sobre o trabalho docente a partir da análise do conceito de crenças. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (2), 6-13.

O cuidador, para compreender uma cultura e conhecer o sistema de significados utilizados pelas pessoas na organização dos seus comportamentos, deve considerar três aspectos fundamentais: o que as pessoas fazem (comportamento cultural), o que as pessoas sabem (conhecimento cultural) e, por último, o que as pessoas produzem e usam (instrumentos culturais) (Spradley, 1980). Destaca-se, portanto, para o investigador, o papel da definição do património identitário de uma comunidade, incluindo o conjunto de tradições, de ritos⁴, de crenças e de saberes, detentores de condicionantes próprias verificadas pela geografia, pela história ou pela religião.

1.1. Conceito de cultura

A saúde, a doença e os processos de cura são construções sociais que, resultantes de um complexo processo de factores biológicos, sócio-económicos, culturais, psico-sociais e religiosos, permeiam o contexto da história individual de vida e exercem uma clara influência nas atitudes face à doença e aos meios utilizados nos processos de cura. Assim, as influências socioculturais na saúde do indivíduo abrangem tanto o seu meio sócio-económico e/ou a própria situação de classe social, como a dimensão da sua vertente cultural. A herança cultural, segundo Ferguson-Marshalleck e Miller (2005), desempenha, portanto, um papel fundamental na representação do sistema de valores do indivíduo, inseridos e consequentes numa dinâmica familiar. Depreende-se que a influência da cultura é profunda, pois circunscreve as acções individuais, familiares e também sociais, de uma forma tão intensa, que condiciona as escolhas do vestuário, da alimentação, dos momentos e oportunidades de diversão, bem como determina o conceito de saúde e de doença.

No contexto presente, o termo cultura, por um lado, refere-se aos modos de vida dos membros de uma comunidade e/ou sociedade ou de grupos que a ela pertençam, incluindo o modo como se vestem, as suas formas de partilha conjugal, os seus padrões de trabalho, as cerimónias religiosas e as actividades de lazer. O processo de aculturação permite-nos aferir acerca das formas como o indivíduo utiliza a linguagem para se expressar, consente um sentido de auto-consciência e uma capacidade para pensar e raciocinar (Giddens, 1997).

Apesar de existir uma relação entre cultura e sociedade, ambas remetem para noções distintas. Enquanto a cultura é fundamentada por uma forma de vida, a sociedade refere-se a um sistema de inter-relações que envolve de forma colectiva os indivíduos.

⁴ O rito, uma forma de agir própria, é um gesto simbólico de uma pessoa ou de um grupo social revestido de carácter invariável, com significado universal, ou seja, o seu significado é perceptível para todos os membros de um grupo. A reprodução de gestos numa sequência bem organizada constitui um ritual. Que se refere a um conjunto de comportamentos codificados, fundamentados na crença da eficácia constantemente acrescida aos seus efeitos, graças à sua repetição (Petit Dictionnaire Larousse, 1995).

As culturas não podem existir sem as sociedades, da mesma forma que nenhuma sociedade poderá existir sem uma cultura (*Ibidem*). Segundo Marconi e Presotto (2001), a cultura é detentora de conhecimentos empíricos e práticos, além de conhecimentos sobre a organização social, a estrutura familiar, os costumes e as crenças transmitidas de geração em geração. No entanto, numa visão menos abrangente, é também possível interpretá-la como um sistema fixo e homogêneo no qual todos os membros de um grupo compartilham de ideias semelhantes e agem de forma idêntica. A cultura reflecte-se de forma ampla e heterogênea, pois o indivíduo não é visto apenas *“como um simples receptor e portador de cultura, mas como um agente de mudança cultural, desempenhando um papel dinâmico e inovador”* (*Ibidem*, p. 27). Porquanto, a cultura enquadra-se em todos os aspectos da vida social e não se pode afirmar que exista apenas em alguns contextos e não noutros, pois, é uma construção histórica que não depende apenas das leis da físicas ou biológicas, mas também de um produto colectivo da vida humana. Compreende-se, pois, como uma dimensão da sociedade, incluindo todo o conhecimento, num sentido amplo e expresso de forma dinâmica e criativa. Assim se compreende que para Minayo (1991)

“(...) a cultura não é um lugar subjectivo, abrange uma objectividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o económico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o locus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado” (p. 15).

Com o interesse de completar a perspectiva apresentada, sublinha-se que a abordagem interpretativa da cultura, influenciada pelas ideias de Geertz (1989), permite a compreensão e a interpretação de sistemas simbólicos como uma ciência interpretativa que procura significado. Desta forma, analisam-se os contextos simbólicos da vida humana e a sua relação com os acontecimentos sociais, numa tentativa de colocar a identidade e outros aspectos inerentes à vida humana reflectidos numa estrutura compreensiva e significativa. Nesta abordagem, a cultura é um contexto, algo dentro do qual as interpretações podem ser descritas de forma perceptível, isto é, descritas com densidade. Assim, para Geertz, a cultura deve ser vista como um conjunto de mecanismos de controlo, ou seja, ser observada em referência aos símbolos significantes, nomeadamente, as palavras, os gestos ou qualquer coisa que seja utilizada para impor um significado à experiência, de forma a governar o comportamento. Os respectivos símbolos, habituais na sociedade e transmitidos aos indivíduos, que fazem uso deles enquanto vivem, continuam a ser

empregues, mesmo após a morte do próprio indivíduo. Geertz, portanto, sustentado pelos referenciais expostos, apresenta a definição de cultura nos seguintes termos:

“(...) padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio dos quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e suas actividades em relação à vida” (1989, p. 103).

Assim, verifica-se que a cultura é o meio pelo qual os indivíduos estabelecem ligações entre as formas de pensar e as formas de agir, ou seja, o indivíduo interpreta o seu mundo e constrói um sistema de símbolos que fornece modelos “de” e “para” a construção das realidades. Em suma, a visão antropológica interpretativa da cultura procura compreender o significado das acções dos indivíduos num determinado contexto social e num determinado período de tempo, interligando-os, de modo a transformá-los em conceitos científicos.

Numa outra perspectiva, a teoria interpretativa da antropologia foi introduzida nas práticas de saúde e doença pela antropologia médica. Segundo Helman (2003), a antropologia médica aborda os modos pelos quais as pessoas, em diversas culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde e relacionam os tipos de tratamentos, nos quais acreditam e as pessoas a quem recorrem quando surge a doença. Todavia, pode-se observar que para Helman (2003):

“(...) a cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural” (p. 12).

Torna-se importante referir, ainda, que, segundo o mesmo autor, os antropólogos que estudaram a antropologia médica, demonstraram que em todas as sociedades humanas, as crenças e as práticas relacionadas aos problemas de saúde são elementos centrais da cultura. A cultura é reflectida, portanto, ultrapassando a dimensão de unidade estanque de valores, normas e crenças, como uma expressão humana perante a realidade, por meio de uma construção simbólica do mundo sempre em permanente transformação.

Numa referência mais objectiva, a compreensão do processo de saúde/doença considera as mudanças ocorridas no corpo biológico como um fenómeno sociocultural, em que a experiência da doença é interposta pelos significados construídos social e culturalmente abrangendo relações entre os comportamentos e as crenças numa orientação às situações sociais vivenciadas. A doença é, pois, encarada como um processo vivido e como algo subjectivo, pelo simples facto de nem todos os clientes de uma determinada cultura serem idênticos nos seus pensamentos e nas suas acções (Alonso, 2003, Oliveira, 2002). O processo de doença abandona, deste modo, o estigma de ser apenas um conjunto de sintomas físicos universais, observados numa realidade empírica, mas desenvolvendo-se numa corrente que o define como um processo subjectivo, no qual a experiência corporal é intercedida pela experiência cultural. No mesmo sentido, em todas as actividades inerentes aos prestadores de cuidados, a compreensão dos significados relacionados com a experiência da doença nunca deve ser considerada fora do contexto social do cliente, das suas interacções com o espaço hospitalar e com os papéis sociais que representa, quer em relação à condição actual de doente, quer ao seu espaço familiar e relacionamento interpessoal no núcleo familiar, mas também, ao ambiente e às limitações económicas e políticas que lhe são próprias (Kleinman, 1980). Torna-se deste modo fundamental o aprofundamento de uma perspectiva socio-construtivista da aprendizagem na área da saúde, permitindo aos enfermeiros reverem-se num contínuo processo de construção e reconstrução na definição de uma perspectiva holística sobre os cuidados de saúde. Porém, o confronto com patrimónios individuais e colectivos de significados e simbolismos permite que os sujeitos da intervenção aceitem a sua própria diferença enquanto profissionais de saúde (Abreu, 2003) com o objectivo de respeitar as diferenças entre grupos e entre clientes do mesmo grupo, progredindo-se para uma prestação culturalmente sensível dos respectivos cuidados. Os enfermeiros devem ter consciência das suas próprias representações e possuir, ao mesmo tempo, a informação específica que lhes possibilite a prestação de cuidados baseada num conhecimento da cultura, da transmissão da cultura e da forma como a cultura de determinado cliente afecta a sua saúde e afecta a correspondente prestação de cuidados de enfermagem (Allan, 2003).

Neste contexto, revela-se importante o contacto precoce, por parte do enfermeiro, com as problemáticas culturais e a articulação com as dimensões clínicas, de modo a promover a reflexão e o espírito crítico. Segundo Abreu (2003), o desenvolvimento de competências culturais, que assenta na susceptibilidade à diversidade cultural e a habilidade de promover uma dinâmica assistencial apropriada a essa diferença, é extensivo a todo o processo de assistência em enfermagem, ou seja, no diagnóstico,

planeamento da intervenção, implementação e avaliação. Nesta dinâmica de prestação de cuidados, Leininger (1985b) desenvolveu o conceito de prestação de cuidados de forma culturalmente sensível na enfermagem, através da teoria da diversidade e universalidade da prestação de cuidados assente na base cultural. Na visão da autora, a cultura define-se como um conjunto de valores, crenças, normas e práticas de um determinado grupo, adquirido e partilhado, que, enquanto modelo, orienta o pensamento, as decisões e as acções. Desta forma, o desenvolvimento da teoria permite acentuar, por um lado, a necessidade de um conhecimento que associe uma consciência, por parte do enfermeiro, à sua própria cultura, preferências e preconceitos, e, por outro, a necessidade de informação específica sobre os agregados culturais existentes nos contextos sociais onde desenvolve a sua acção profissional. O enfermeiro deve compreender, em primeiro lugar, o conceito de cultura, anteriormente referenciado, e, em segundo lugar, analisar e apreender os modelos de comunicação cultural existentes interna e externamente no espaço social. Neste contexto, verifica-se fundamental reconhecer as experiências dos profissionais de saúde perante a administração do cuidado, proceder à sua interpretação, de forma singular, percebendo-as como um centro de produção simbólica, de forma a elucidar alguns traços culturais incorporados no desenvolvimento do próprio trabalho. Progredir na compreensão relacional entre a cultura e o trabalho de enfermagem implica a concepção de que o conceito e a dinâmica cultural são um resultado de todo um colectivo que se destaca para além da identidade de qualquer significado apenas individual.

1.2. Enfermagem transcultural: teorias e modelos

As convicções sobre saúde e doença são culturalmente diversas, mas todas as culturas aclararam o contexto de doença de forma significativa e respondem à doença de modo diferente. Leininger, enfermeira e especialista na área de psiquiatria, durante o seu percurso profissional e académico com crianças na década de cinquenta do século XX, revelou ser importante reflectir sobre a qualidade do atendimento, no que refere aos factores culturais. A autora estava segura que uma parte significativa dos factores influentes na prestação de cuidados não era susceptível de ser explicada à luz da biomedicina, pelo que investiu na antropologia. Os resultados do estudo concluíram que existiam aspectos comuns entre as diversas culturas mas, simultaneamente, um conjunto de áreas em que se verificavam diferenças substanciais (Abreu, 2003). Assim, e pela primeira vez, Leininger utiliza os termos “enfermagem transcultural”, na década de sessenta do século XX, sustentando que o acto de cuidar, considerado crucial para a enfermagem, é universal, muito embora

diferentes culturas promovam a acção de diferentes formas, mas todas culturalmente racionais.

Neste contexto, a teoria de Leininger, que reflecte a diversidade e universalidade da prestação de cuidados com base cultural, procura revelar as semelhanças e as diferenças existentes entre as interpretações que as várias culturas atribuem ao acto de cuidar, o que constituirá a base de conhecimentos do enfermeiro e acompanhará o planeamento das acções a implementar. Na teoria formulada por Leininger evidencia-se a universalidade e a diversidade subjacentes à prestação de cuidados a indivíduos. A diversidade da prestação de cuidados com base na cultura assenta na variabilidade das acções de enfermagem, de apoio ou facilitação, enquanto que, a universalidade determina o fenómeno uniforme através do qual são prestados cuidados de enfermagem em culturas específicas (Leininger, 1985b). Neste processo de crescimento intelectual e de expansão das linhas de raciocínio dos enfermeiros, importa estabelecer uma prestação, congruente e significativa de cuidados de saúde ao cliente de forma holística, *“centrada na relação entre o indivíduo e o meio”* (Abreu, 2003, p. 187), a partir de uma perspectiva simultaneamente globalizante e particular, no sentido da definição e prática do cuidar transcultural. Nesta perspectiva, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994) revelam que, na linha de pensamento de Leininger, o cuidado transcultural tem como base as acções de assistência, de suporte e de facilitação, junto da pessoa com necessidades no processo de resolução do problema de saúde. O cuidar transcultural é, pois, sustentado, não só pela identificação dos factores culturais que caracterizam a individualidade do cliente como pessoa, mas também pela sua contextualização na comunidade onde está inserido.

Leininger (1998) menciona ainda, como objectivo do desenvolvimento da teoria, o facto de

“(...) obter conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes que conduzam à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos ou das comunidades culturais. A teoria é única na medida em que analisa os significados, expressões, símbolos, modelos e práticas dos cuidados culturais que ajudam os enfermeiros a compreender de um ponto de vista cultural a saúde, a doença e as incapacidades de pessoas de culturas diversas ou semelhantes” (p. 33).

Neste sentido, a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Leininger explica e prevê os padrões culturais de prestação de cuidados ao cliente e as práticas de

prestação de cuidados de enfermagem. Com o intuito de compreender o contexto da aplicação da teoria de Leininger, torna-se importante perceber o conceito de enfermagem transcultural definida, em 1997, nos seguintes termos:

“(...) formal area of study and practice focused on comparative holistic culture, care, health, and illness patterns of people with respect to differences and similarities in their cultural values, beliefs, and lifeways with the goal to provide culturally congruent, competent, and compassionate care” (p. 342) ⁵.

A enfermagem transcultural assume um papel importante na assistência, pois centra-se numa comparações entre culturas e com o objectivo de desenvolver um conhecimento científico e humanista, de forma a assegurar prática de cuidados de enfermagem legitimado na competência cultural (Leininger, 1995). O modelo definido por Leininger, o *Sunrise Model* ou o Modelo Sunrise, símbolo do nascer do sol, assenta a principal premissa em presumir que o cuidado de saúde é relativo e que a prestação pelos enfermeiros deve ter em consideração a identidade cultural do cliente. O modelo inclui uma perspectiva de assistência que interpela a estrutura social, contribuindo para o respeito pela diversidade e pela diferença no quadro do exercício profissional. Sugere também que o conhecimento das heranças culturais e do património comum são dimensões relevantes para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade (Abreu, 2003).

Numa realidade mais recente, onde os cuidados culturais assumem uma importância alargada no panorama da saúde, tornou-se prioritária, segundo a Joint Commission of the Accreditation of Health Care Organizations [JCAHO] (1996), a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente apropriados a todos os clientes. Assim, todos os profissionais de saúde devem considerar a cultura dos seus clientes e famílias, considerando, *a priori*, as suas necessidades, habilidades e disponibilidades para aprender. Porém, para o desenvolvimento das competências culturais, é pertinente que os profissionais de saúde compreendam as práticas, crenças e valores na área da saúde. Desta forma, atendendo à teoria desenvolvida por Leininger, tornou-se necessário observar a cultura no contexto de saúde numa abordagem mais eclética. Revela-se então fundamental compreender o conceito de competências culturais que,

⁵ Um subcampo do estudo e prática da enfermagem focalizado no estudo comparativo e análise de culturas nas práticas de cuidados e nos modelos significativos de saúde e doença dos clientes. Contudo, respeita as diferenças e semelhanças nos valores culturais e estilos de vida observados, procurando oferecer uma prática de cuidados de enfermagem significativos para os clientes, de acordo com os seus valores culturais no contexto de saúde-doença (Tradução da Autora).

segundo Davidhizar e Giger (2001), revelam-se como “*the ability to care for clients in a culturally sensitive and appropriate manner*”⁶ (p. 282). Neste contexto, de forma a colmatar a necessidade de compreensão, por parte dos profissionais de saúde, das crenças e valores culturais dos clientes, Giger e Davidhizar desenvolveram o “Transcultural Assessment Model” (modelo de avaliação transcultural) providenciando um esquema que pode ser utilizado nas diversas disciplinas da saúde (Davidhizar, Bechtel & Giger, 1998). O modelo defende que cada cliente é um indivíduo culturalmente único. Nesse sentido, a avaliação transcultural deve ser efectuada de acordo com seis dimensões culturais, nomeadamente, a comunicação, o espaço, a organização social, o tempo, o controle ambiental e as diferentes variações biológicas. Possuidores de conhecimentos sobre os clientes, os enfermeiros podem compreender, de uma forma mais objectiva, a diversidade que representa e, por sua vez, tendem a valorizar as especificidades culturais. Contudo, é importante averiguar de forma abrangente cada dimensão por si, de modo a compreender a diversidade e individualidade de cada um. Assim, a comunicação é um processo contínuo, pelo qual as pessoas interagem, quer seja a comunicação oral ou escrita, gestos, expressões faciais ou linguagem corporal. A comunicação e a cultura estão intimamente ligadas, sendo que a primeira revela-se como um veículo de transmissão e de continuidade da segunda (Davidhizar *et al*, 1998). Por outro lado, o espaço, segundo os mesmos autores, reporta-se à distância entre indivíduos, aquando do momento de interacção. O espaço pessoal é a área que rodeia o corpo do cliente e inclui o território e objectos circundantes. O nível de conforto individual está relacionado com o espaço pessoal e o cliente manifesta desconforto quando o seu espaço é invadido sem permissão ou conhecimento do próprio. Ainda que individual e variável, de acordo com a situação, as dimensões do espaço pessoal confortável variam de cultura para cultura.

No que se refere à organização social, verificamos o centro no modo como um grupo de determinada cultura promove a organização em volta de uma dinâmica familiar. Os modelos de comportamento culturais são compreendidos através do processo de aculturação que envolve a aquisição de conhecimentos e de valores intrínsecos. A organização social mais importante em diversas culturas é a família e a relação do cliente com os membros da família revela-se uma dimensão significativa da compreensão da avaliação transcultural. Ainda, no mesmo contexto, a igreja ou outras filiações religiosas podem influir nas decisões relativamente ao processo de saúde, pelo que se torna necessário realizar a avaliação acerca da influência da religião e da

⁶ A habilidade de prestar cuidados de saúde de uma forma culturalmente apropriada e sensível (Tradução da Autora).

espiritualidade nas crenças sobre saúde de forma a promover cuidados culturalmente adequados (Davidhizar & Giger, 2002).

O tempo, enquanto quarta dimensão fenómeno, pode ser associada a algo externo do qual não existe um controlo restrito. Os enfermeiros devem determinar com o cliente quais as suas perspectivas em relação à saúde, para o seu estado actual, e acompanhar gradualmente a situação. O tempo manifesta, assim, a sua importância na comunicação interpessoal, pelo que os enfermeiros, também e não só, na área de prevenção da saúde necessitam de orientações futuras, pelo facto das acções desencadeadas na prevenção de comportamentos de risco serem motivadas por uma recompensa que se manifesta na promoção do bem-estar físico, psicológico, social, cultural e espiritual (*Ibidem*).

A quinta dimensão, o controle ambiental, ainda segundo os mesmos autores, reporta-se à capacidade de planear actividades, ou seja, à habilidade do cliente em controlar factores naturais e de planear factores no meio-ambiente que o rodeiam. Alguns clientes sentem-se dominantes do seu meio-ambiente e de factores directos sob a sua influência. São assim determinados como clientes com *locus*⁷ de controle interno. Outros, todavia, acreditam que os factos acontecem por obra do destino, da vontade de Deus, da sorte ou do acaso, são os que possuem o denominado *locus* de controlo externo. Assim, as perspectivas culturais de doença dos clientes determinam a preparação da equipa de saúde sobre as condições do meio circundante necessárias para o tratamento e quais os intervenientes específicos para cuidar da situação actual, de forma a conduzir o encontro às perspectivas culturais do cliente, compreendendo a sua multiculturalidade.

Por fim, a última dimensão do modelo de avaliação transcultural de Giger e Davidhizar, as variações biológicas, refere-se especialmente às variações genéticas e anatómicas que existem entre clientes de diferentes raças. Estudos efectuados reconhecem que os clientes divergem culturalmente na forma de comunicar na organização social, na orientação temporal, entre outras. Contudo, as diferenças biológicas existentes, entre diversas raças, são menos valorizadas e compreendidas pelos profissionais de saúde. Desta forma e, resumindo a explanação efectuada, à medida que a procura dos cuidados de saúde por clientes de culturas diversificadas, torna-se crescentemente importante que os enfermeiros permaneçam sensivelmente despertos para a pertinência da cultura, de acordo com as crenças e práticas culturais dos clientes. Os profissionais de enfermagem devem estar, portanto, atentos e interessados em compreender a modificação de comportamentos, como consequência de experiências

⁷ Tradução do Latim: local, lugar.

do passado, e a manifestação de crenças, que podem revelar um impacto significativo na resposta dos clientes à implementação do plano de cuidados de enfermagem. Utilizando a perspectiva presente no seu dia-a-dia de trabalho, o enfermeiro promove cuidados de enfermagem de forma efectiva e eficiente (Davidhizar, *et al.*, 1998). Assim, aprender o cuidar transcultural assenta num profundo conhecimento do universo sociocultural dos clientes a partir de situações concretas do cuidar.

Deste modo, o conceito de cuidar que se verifica na literatura de enfermagem, cujo interesse redobra na década de oitenta do século XX, através de Leininger com a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural, e com Watson, com a Teoria do Cuidado Humano, retrata o ideal do cuidar em enfermagem que é, ao mesmo tempo, humanista e científico. Ambas as investigadoras acreditam que os enfermeiros podem melhorar os cuidados prestados se integrarem na prática os conhecimentos relacionados com a dimensão espiritual e cultural (Pinto & Silva, 2008).

Assim, por um lado, no ponto de vista de Watson, a enfermagem assume-se como um processo intersubjectivo de transacções interpessoais, no qual a vontade, comprometimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro é essencial. A pessoa é considerada como um ser vivente que crê e compreende o corpo, a alma e o espírito. Essa relação de ajuda, que envolve valores, vontade, compromisso, conhecimentos e acções cobertas de afecto, por parte do profissional de saúde, é capaz de conceber sentimentos positivos no cliente que sofre e permitir que a relação entre cliente e enfermeiro tenha um significado para o seu sofrimento. Por outro lado, Leininger assume o cuidar como a essência da enfermagem que se baseia numa ciência e numa arte, que respeita os valores culturais e o estilo de vida das pessoas, sendo consolidada em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da sociedade, pela visão do mundo, pelos valores, pela língua e contextos ambientais das diferentes culturas. Pode-se, segundo a autora, entender que o cliente é um ser cultural que sobreviveu ao tempo e ao espaço. Neste contexto, a saúde das pessoas é compreendida como uma relação harmoniosa entre o corpo, a alma e o espírito, em que o ambiente é constituído por todos os aspectos contextuais, nos quais as pessoas e os grupos culturais se encontram.

Desenvolve-se assim, no cuidar em enfermagem, uma relação de ajuda, baseada numa relação terapêutica com os clientes – foco do cuidar, agentes determinantes sobre o percurso a desenvolver no planeamento de cuidados implementado pelos enfermeiros (Leininger, 1985b). Contudo, e de modo a implementar essa disciplina do cuidar, foi necessário uma “(...) *futuristic vision, risk taking, commitment, patience, and leadership to challenge many traditional nursing ideas and practice. Unquestionably*

new knowllege and practices were essential for nurses to function in a rapidly changing multicultural world” (Leininger, 2002, p. 189).

Partilhando da convicção de Leininger e atendendo que a experiência do processo de doença é único, individual, determinado ou não por experiências pessoais anteriores, pelo significado da particularidade da situação e padronizado por modelos e valores culturais, torna-se fundamental que a enfermagem adapte os cuidados a cada cliente de forma única e pessoal.

Adoptando a teoria da escola do cuidar, desenvolvida por Leininger e Watson, crê-se que os enfermeiros possam efectivamente melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, se considerarem, nessa relação efectiva, dimensões tão pertinentes como a espiritualidade e a cultura. Para tal, é necessário integrar os conhecimentos, ligados às referidas dimensões, na prestação de cuidados de enfermagem (Lopes, 1999). Contudo, no desenvolvimento dessa relação de ajuda, o cuidar assume uma dimensão essencial da enfermagem com a concretização na relação que o enfermeiro mantém com a pessoa a quem presta os respectivos cuidados. Segundo Lazure (1994), é neste encontro singular, entre pessoas, que a comparência, consideração, disponibilidade, entendimento e congruência dão lugar a uma relação terapêutica. A autora salienta ainda que para “(...) *se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver*” (p. 13). Os enfermeiros deverão assim comungar do sofrimento do cliente em processo de doença, devem permanecer com ele e não o deixar só, devem assim “(...) *receber o sofrimento, a angústia de outrem, para em seguida oferecer, por sua vez, toda a confiança e a serenidade de que podemos dispor*” (Hennezel, 1999, p. 132). Os enfermeiros do presente e do futuro devem, portanto, ampliar competências práticas, científicas e relacionais, no sentido de compreenderem e desenvolverem aptidões que lhes permitam cuidar clientes de diversas culturas, com diversos estilos de vida, diferentes valores e diferentes crenças.

1.3. Realidades culturais no cliente terminal

Numa época onde se impõe uma realidade multicultural, os cuidados identificam-se como uma espécie de viagem através do mundo onde é possível descobrir um vasto leque de ambientes socioculturais. Em breves instantes um serviço de internamento de determinado hospital pode receber clientes de diversos pontos geográficos e cada cliente transporta consigo as características ambientais, pessoais e também culturais relativas à sua vivência em determinado local. Assim, o enfermeiro deve aprender a observar, escutar e compreender os múltiplos factores culturais do cliente,

nomeadamente, a orientação sexual, a idade, a origem sociocultural, a história, os recursos efectivos, as crenças, os hábitos de vida e a sua opinião sobre a sua situação clínica (Petit, 2004).

A consideração aos factores culturais impõe-nos a compreensão perante o facto de todas as sociedades disporem de uma variedade de convicções e manifestações em torno da morte com o desígnio de auxiliar o cliente e a sua família a comportar essa experiência. Actualmente, e com a morte cada vez mais institucionalizada, raramente o cliente em fase terminal efectua a sua “passagem” em casa, rodeado de familiares próximos, mas sim nos hospitais e instituições de acolhimento.

Ao proporcionar cuidados de enfermagem a clientes em fase terminal, os enfermeiros devem, também e não só, atender à “*sanctity of human life*”⁸ (Jenko & Moffitt, 2006, p. 173), através do desenvolvimento de competências culturais. Torna-se culturalmente significativa, e espelha a aceitação de uma “boa partida”, a variação cultural do cliente no processo de morte. Assim, o procedimento relativo à doença não se deve impor à “(...) *essence of what makes up one’s human experience*.”⁹ (*Ibidem*, p. 179). Porém, à medida que a vida se transforma num crescente aumento de diversidade linguística, cultural e de crenças, reviver os valores e a história de diferentes culturas tornou-se um desafio para a enfermagem. Perante a evidência actual, os enfermeiros são os profissionais de saúde que convivem mais de perto com o cliente na sua partida da vida, lutando constantemente para evitar aquela perda. Mais do que o momento em si, a morte é um decurso complexo, onde os cuidados prestados nem sempre são satisfatórios, transformando-se num processo penoso para o cliente, mas também para o grupo de familiares e amigos próximos. Torna-se difícil a aceitação pelos enfermeiros do momento em que o cliente abandona o *suspiro da vida*, pois, ao lidarem com a morte, os profissionais de saúde também desenvolvem modelos de socialização no seio de uma cultura com a qual compartilham uma imensidade de padrões culturais (Abreu, 2003). O enfermeiro, como testemunha da morte dos clientes a quem presta cuidados, prevê pela sua presença à cabeceira do cliente em fase terminal qual poderá ser a sua morte ou a dos que lhe são próximos, recriando um ritual à volta da morte. Para que este mecanismo de identificação não seja fonte de desespero e angústia deve ser vivido de forma simbólica, concedendo sentido à experiência, pois não se trata de viver a própria morte por antecipação, mas sim, “*da experiência do morrer através da morte do outro*” (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP] (2000, p. 44).

⁸ Ao voto sagrado existente na vida humana (Tradução da Autora).

⁹ À essência do que faz valer uma experiência humana (Tradução da Autora).

Nesta perspectiva, a maior parte dos comportamentos humanos podem ser interpretados em função da morte, embora não exclusivamente, mas também pelo desejo de ter filhos para prolongar a espécie, pelo medo referente às doenças que acarretam consigo o fantasma da morte e pelo fenómeno religioso que reflecte o desejo de transcendência do ser humano. A morte tem assim, reflectida nos comportamentos humanos, uma vertente consciente e também uma vertente relacionada com o inconsciente, não se tratando apenas de um facto biológico mas, também, profundamente humano. Deste modo, para Barros-Oliveira e Neto, o processo de aceitação da morte constitui seguramente “*um dos maiores sinais de maturidade humana*” (2004,p. 355). A espiritualidade assume, nesta fase, um papel relevante nos cuidados a desenvolver com clientes terminais, pois, segundo Mazanec e Tyler (2003), oferece aos clientes um caminho para encontrarem um sentido e um propósito, quer para a morte como para o tempo de vida que ainda lhe é permitido viver.

Contextualmente, a antropologia cultural, nas últimas décadas, debruçou-se de forma paradigmática sobre a compreensão da morte enquanto manifestação bio-cultural. A disciplina antropológica evidenciou que a morte, a saúde, a doença e o sofrimento são componentes que fazem parte do imaginário colectivo e condicionam a organização de uma sociedade. Assim, ter um pressuposto antropológico é possuir uma imagem do Homem, herdada de uma cultura, de uma civilização ou de uma religião e acreditar na correspondência do Homem a essa representação, conforme afirma Hennezel e Leloup (1998). Procurando objectivar a visão bio-cultural acerca da morte, é importante referir que, segundo um estudo efectuado por Hertz em 1960 e relatado por Abreu (2003), em todas as sociedades a morte assume, por um lado, uma vertente biológica que representa o fim do organismo enquanto ser vivo, e, por outro, uma vertente social que declara o fim da identidade social do cliente.

A morte analisada dentro de uma extensão social inclui um conjunto de rituais de passagem, de maior ou menor amplitude, que transmitem visibilidade à morte biológica e que, em simultâneo, favorecem para afirmar a continuidade do grupo social. Partilhando o pensamento, mas com uma visão mais intrínseca, Hennezel e Leloup (1998) descrevem acerca do Homem uma visão um tanto unidimensional, em que “*não é mais do que um corpo, uma matéria (...) uma máquina extremamente complexa, mas de todo em todo redutível aos elementos que a compõem*” (p. 28), como também bidimensional, em que a “*alma, a psique, (...) é o que dá vida e forma às nossas células e aos nossos átomos*” (p. 29).

O ser humano caracteriza-se pelo seu alto grau de consciência que lhe permite associar à palavra “morte” uma contingência existencial capaz de mobilizar várias cargas de energia sentimental, entre elas, o medo. O medo reflecte assim diversas vertentes, o medo da morte, o medo da surpresa da morte, o facto de deixar de ser ou desaparecer, o sofrimento e a angústia que precedem antes da morte, entre muitas outras. Os clientes que manifestam mais esse medo vêem-na, à morte, de uma forma mais negativa e vão reflectindo, cada vez mais, esses pensamentos à medida que vão envelhecendo (Barros-Oliveira & Neto, 2004), sendo a forma de funcionamento da sociedade, organizada pela morte ao mesmo tempo que luta contra ela. Segundo Morin (1988), a existência da cultura só adquire significado porque as gerações antigas morrem e torna-se necessário transmitir conhecimentos e valores às novas gerações. Para a espécie humana, a morte faz-se acompanhar de rituais funerários, sendo a única a crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos, o que faz da morte um dos traços mais culturais da espécie humana.

Desta forma, é na proximidade com a morte que, através das atitudes e das manifestações de convicções, o Homem consegue exprimir o que a vida humana tem de mais fundamental. A última etapa da vida é a altura em que o cliente encontra um verdadeiro sentido para a sua vida, para a sua própria existência, é um tempo de reflexão. Através de tradições culturais, familiares ou mesmo por introspecções pessoais, cada indivíduo comporta dentro de si uma representação da morte e, compreende-se que, os contextos culturais nos quais se encontra inserido reflectem uma variedade de visões, sentimentos e valores, construídos e reafirmados por um longo período histórico do qual fazem parte os factores económicos, psicológicos e também espirituais. Assim sendo, a referência a ideias metafísicas, como as de uma vida posterior, são a forma mais antiga e frequente que o cliente em fase terminal, e não só, encontra para resolver as angústias e inseguranças que o assolam. Segundo Hennezel e Leloup (1998), algumas pessoas no limiar da morte *“encontram um grande amparo na sua fé religiosa”* encontrando na oração e nos sacramentos religiosos uma ajuda imprescindível. É uma necessidade espiritual muitas vezes manifestada pelo cliente em fase terminal e à qual o enfermeiro, muitas vezes, delega o acompanhamento necessário para o capelão ou ministro da religião do cliente. *“Estas pessoas têm, não obstante, uma espiritualidade, e cabe-nos descobri-la, ajudá-las e exprimi-la, cabe-nos ousar perguntar-lhes o que pode alimentar o seu espírito e trazer-lhes paz”* (p. 16). Contudo, remeter os clientes em sofrimento espiritual, apenas para os padres ou ministros religiosos é ignorar uma vez mais que a espiritualidade existe, muito para além da religião, embora muitas vezes manifesta através dela, e que é acima de tudo uma manifestação da essência do próprio ser humano. A espiritualidade

é assim independente da experiência religiosa. Pertence a todos os homens e é inerente ao ser humano. É simplesmente, “*no sítio onde se está, dar este passo mais além*” (Hennezel & Leloup, 1998, p. 23).

Nesta matéria, destaca-se o papel de definição do património identitário de uma comunidade, incluindo o conjunto de tradições, ritos, crenças e saberes, possuindo condicionantes próprias, tais como, a geografia, a história e até a religião. Em complementaridade, Fidalgo (1995) refere que a constante cultural de um povo é o seu fundo temperamental, pois selecciona e transforma, de acordo com a sua sensibilidade específica, os aspectos múltiplos de que a cultura se reveste. Nele, o fundo temperamental é de conteúdo espiritual e não pode ser confundido com as características das pessoas de uma região, de uma classe social ou mesmo de uma ilha.

Para que o cliente em fase terminal, de acordo com as suas necessidades culturais, procure alcançar a espiritualidade interior, fá-lo através da experiência e conexão pessoal interior com o âmbito do íntimo. A espiritualidade assume a aceitação daquilo que é irracional, ou seja, a existência de um ser superior, uma essência, uma ordem suprema. É algo que não podemos entender nem controlar e que desafia as razões da lógica, mas na qual pode-se participar e dar significado à existência. O cliente que se encontra perante uma situação de morte iminente reflecte e questiona-se muitas vezes acerca do sofrimento e da possibilidade da existência de mais/outra vida depois da vida terrena. Quando essas questões são transmitidas aos membros da equipa de saúde, o cliente não aguarda resposta, espera sim, com essa atitude, a promoção de um diálogo que o ajude a articular os seus próprios pensamentos e a sua luta interior. Fazem-no como forma de explicar algo muito pessoal, a partilha da sua própria história (Puigarnau, 2003). De entre as necessidades, o cliente assume, de forma bem visível, a influência da religião e, por sua vez, o cristianismo aplica um conjunto de regras de vida que, a serem respeitadas, permitem a conquista da vida eterna. Os clientes com manifestações espirituais podem, nessa fase tão particular da sua vida, sentir a necessidade de aprofundar a sua relação com Deus através de orações, sacramentos¹⁰ ou outras expressões/manifestações religiosas. Para esses, o conforto está na certeza do encontro com Jesus e têm a esperança religiosa de serem perdoados ou de alcançar a Luz (*Ibidem*). É importante salvaguardar que, segundo Narayanasamy (2003), apesar das necessidades culturais e religiosas serem inerentes a todos os seres humanos, os enfermeiros devem ter em atenção que algumas

¹⁰ A administração dos sacramentos ao cliente em fase terminal é uma prática específica da religião católica.

peessoas podem partilhar conceitos e crenças religiosas semelhantes, mas, no entanto, não partilharem dos mesmos princípios culturais.

A oração assume também, nesta fase, uma importância crucial e é feita quase de forma inconsciente, pois, a ânsia petítória e racionalizações já dão folga e aceitam com mais naturalidade as intempéries da vida. Para Jung (1999), a oração ou reza ganha um novo sentido pois o cliente encontra uma sincronia com o espírito e a cadência repetida das frases é suficiente para estabelecer uma relação sensível com o transcendente. Assim, se orar é estar entrelaçado com um ser superior e transcendente, o cliente em fase terminal está quase constantemente a lembrar o dado espiritual nos acontecimentos da sua vida, através de expressões culturais que afirmam a crença na existência de um mundo espiritual e evocam a ajuda e agradecimento a uma *Entidade Superior*.

No processo de doença, e com o aproximar progressivo da morte, é frequente o envolvimento entre ideias e concepções que são eternamente significativas para os familiares envolvidos. Nesse sentido, os enfermeiros ao serem atenciosos e cientes da importância das crenças, já manifestas, especialmente em relação a determinados símbolos e imagens utilizados para confortar o cliente, devem evitar certos equívocos. Assim, devem assumir que qualquer indumentária que pareça estar fora do habitual pode estar a ser utilizada para fins de conforto espiritual, tais como, imagens, faixas, rosários, entre outros (Jenko & Moffitt, 2006). Podem também ser pertinentes e confortadoras as leituras de escritos sagrados, bem como, as orações com ou para os clientes. Muitos clientes, no entender de Kemp e Bhungalia (2002), mostram-se decididos em manifestar arrependimento em relação a situações ou pessoas do passado, chamando-as muitas vezes à sua presença para um momento de arrependimento. É assim uma oportunidade de celebrar e aprofundar os vínculos mais importantes da vida e também uma oportunidade de restabelecer aqueles que estavam desfeitos e que antes de morrer o cliente deseja resolver. O processo inclui um trabalho de perdão, de reconciliação consigo mesmo, de expressão de gratidão e, acima de tudo, de afecto. A proximidade com a morte leva, portanto, os clientes a meditar sobre a sua vida e a vida após a vida física, se naturalmente acreditarem, ajudando-os a vencer as ilusões e a buscar consolo em Deus, numa *Entidade Superior* ou, simplesmente, na finitude da própria existência.

2. A PESSOA E O FIM DE VIDA

Desde sempre que o Homem se inquietou com a sua existência e, mais ainda, com a sua própria finitude. Na verdade, torna-se presente a finitude aquando da morte do outro, principalmente, daqueles que lhe são mais próximos. Contudo, é sobre a própria morte e a dimensão existencial da finitude que emergem as angústias mais prementes.

Desde o nascimento que o Homem possui a morte como parte integrante e inseparável da vida que, não sendo um processo puramente biológico, reflecte-se também como um processo social e cultural. O modo como a morte é percebida, bem como, a atitude que o indivíduo possui perante a morte, estão profundamente interligados ao significado atribuído por cada pessoa à vida, à cultura a que pertence, à sua espiritualidade e ao facto de ser portador, ou não, de uma crença relativamente à vida depois da morte.

No contexto da saúde, a morte transmite sem dúvida uma imagem de insucesso da ciência e da tecnologia, presenças intrínsecas à contemporaneidade em que o Homem deposita muita da sua própria confiança. Talvez, também por isso, se tenha tornado, cada vez mais, um assunto *tabu* falar da morte e do morrer. Mas, para todo o ser humano, há uma “lei universal” que, querendo-se ou não se aceitando, projecta o início e o fim de toda e qualquer pessoa.

Ao longo dos anos com o aumento da esperança média de vida, numa relação directa com os avanços tecnológicos e científicos e, indirecta, pela velocidade do tempo e ocupação individuais, o cliente em fase terminal tem sido “transferido” do seu espaço individual e social para o ambiente hospitalar, o que também traduz, por um lado, a produção de significativas alterações na estrutura hospitalar, de forma a tornar-se apta a receber o maior número possível de clientes, como também, por outro, novas exigências e uma adaptação dos profissionais de saúde que se vêm confrontados com a morte dos clientes a quem, quase diariamente, prestam cuidados.

Neste contexto, o que era considerado impensável há alguns anos, nomeadamente a recuperação do funcionamento normal de um órgão vital ou até mesmo a recuperação da vida, tornou-se, por meio do desenvolvimento das ciências biológicas e das biotecnologias, possível em muitas das circunstâncias. Assiste-se, hoje, aos mais variados tipos de transplantes e as manobras de reanimação são comumente utilizadas nos hospitais. Estas conquistas permitiram que, numa fase inicial, os enfermeiros não fossem capazes de reconhecer a individualidade do cliente em fase terminal, pois, os parâmetros do prolongamento da vida modificaram-se por completo.

Assim, reflectindo a perspectiva ética de Pacheco (2004), revelou-se importante a cogitação efectuada pelos enfermeiros, no sentido de não esquecerem, mas compreenderem a pessoa e a sua respectiva dignidade. O facto possibilitou que os profissionais de saúde ponderassem e respeitassem, num contexto de reciprocidades com os clientes, acerca dos direitos decorrentes da dignidade humana. Deste modo, alterados alguns dos paradigmas em contextos actuais, os enfermeiros são, cada vez mais, confrontados com uma missão diferente da perspectiva tradicional, porquanto, *“para além de ajudar a viver torna-se também necessário ajudar a morrer”* (Ferreira, Pereira, Rodrigues & Sousa, 2007, p. 340).

Contudo, para que o cuidado ao cliente em fase terminal possa ser prestado, de forma holística, torna-se imperiosa uma assistência humana compreensiva e um verdadeiro encontro entre o enfermeiro, o cliente e a sua família. Não se pode ficar indiferente aos problemas e ao sofrimento dos clientes em fase terminal, quer sejam físicos, psicológicos, sociais ou, até mesmo espirituais, mantendo-se uma conspiração interna dialogante entre o silêncio e a angústia. Deve-se, por outro lado, promover e contribuir para que seja dispensado ao cliente terminal a necessária atenção e respeito merecidos, ora por parte dos profissionais de saúde, ora por todos os outros, de modo a que os cuidados prestados sejam os mais adequados.

2.1. Cuidados Paliativos: realidades e desafios

Na segunda metade do século XX, o progresso tecnológico crescente e a diferenciação das especialidades médicas estabeleceram que, numa progressiva ênfase, os cuidados de saúde prestados a clientes em estado crónico se centrassem no combate à doença e na busca da cura, olvidando as necessidades do próprio cliente e da sua família.

Assim, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou, no entanto, que se passasse a morrer melhor. A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, conduziu, de algum modo, a uma cultura de “negação da morte”, de “triunfalismo heróico sobre a mesma”, de uma certa ilusão de pleno controlo, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura, promovessem um final de vida condigno. Contudo, actualmente, apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano. Não é pois, uma possibilidade, algo de eventual, mas sim, um facto inexorável da própria vida.

Deste modo, quando é verificada a falência dos meios habituais de tratamento e a morte torna-se mais próxima, verifica-se cada vez mais a pertinência na aceitação de todos os profissionais de saúde no acto de cuidar determinado cliente de forma global

e holística. Assim, importa compreender que os cuidados prestados a determinado cliente numa situação de doença incurável, os cuidados paliativos segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], devem assentar numa abordagem que vise promover a qualidade de vida do indivíduo que enfrenta problemas resultantes de uma doença incurável, com prognóstico limitado e/ou doença grave que ameace a vida, a sua família, através da prevenção e alívio do sofrimento, recorrendo, para isso, à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos problemas psico-sociais e espirituais (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, [ANCP], 2006). Deste modo, perante a reflexão, os cuidados a prestar a um utente em fase terminal, em que a cura já não se encontra acessível, assentam essencialmente no acompanhamento e conforto, ao longo de todo o período de aproximação eminente da morte, no sentido de promover o alívio da dor e do sofrimento, mas possibilitando, ao mesmo tempo, o máximo de bem-estar e plenitude durante o tempo desconhecido que lhe resta viver. Ou seja, os cuidados paliativos traduzem-se pelo que ainda falta fazer quando se acredita que já não há mais nada a fazer.

Porém, ao falar-se de cuidados paliativos é importante entender a sua contextualização e, nesse sentido, Abiven (2001) define-os como os cuidados prestados visando o objectivo de ajuda no percurso derradeiro de uma caminhada. São nesses momentos, em que o utente em fase terminal procura um significado para a sua vida, aquela que lhe é permitida viver, que o profissional de saúde tem um papel fundamental, ao valorizar as necessidades do utente e ao ajudá-lo a encontrar um caminho. Também Ferreira, *et al.* (2007) compartilham da opinião, referindo que os cuidados paliativos asseguram a vida e aceitam a morte como um processo natural, não pretendendo provocá-la ou atrasá-la, mas garantindo o objectivo principal do bem-estar e da qualidade de vida ao cliente. Contudo, para atingir esta finalidade, torna-se necessário disponibilizar todos os recursos, sem no entanto recorrer a medidas invasivas, mas promovendo uma abordagem global e holística do sofrimento dos clientes, sustentada no conhecimento das diversas áreas que circundam o cliente – física, psicológica, social e também espiritual.

O termo paliativo, segundo Twycross (2001), deriva da raiz latina da palavra *pallium*, que significa manto ou capa. Nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos, cuja finalidade se baseia em promover o conforto do cliente, mas também em responder às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, como aliás tem sido uma referência substancialmente reforçada no desenvolvimento do trabalho.

Os cuidados paliativos reflectem um conjunto de acções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar com o intuito de efectuar o controlo dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social que afligem o Homem na sua finitude. Inicialmente, o tipo de cuidados destinava-se apenas aos clientes com doença oncológica e em estádios terminais da doença. Com o desenvolvimento crescente das medidas paliativas, e por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, diversas situações clínicas, como as insuficiências avançadas (cardíaca, renal, hepática, respiratória) em estado terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências, a fibrose quística, entre outras, na sua fase terminal, figuram hoje entre o vasto leque de patologias cujos clientes só beneficiarão ao receberem cuidados paliativos de qualidade.

O grande impulso para implementação dos Cuidados Paliativos foi aprovado a 15 de Junho de 2004, nomeadamente, pelo Programa Nacional de Cuidados Paliativos, considerando que estes são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde gerais que requer apoio qualificado. No âmbito da reflexão, a Direcção Geral de Saúde refere-se aos cuidados paliativos como *“cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível a até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida”* (Direcção Geral da Saúde & Conselho Nacional de Oncologia, 2004, p. 7). Efectivamente, os cuidados paliativos espelham o respeito pela pessoa humana e pela sua dignidade e têm como lema colocar sempre a pessoa em primeiro lugar. Para Pacheco (2004), estes cuidados, por um lado, consideram inviolável a vida humana e, por outro, consideram que a morte é um processo natural. Representam, pois, para o prestador de cuidados, a capacidade de reconhecer a finitude do ser humano e a tomada de consciência de que quando a cura já não é viável, é muito importante admitir que se torna necessário minimizar o desconforto, promovendo a maior qualidade de vida possível até à morte. Esta forma de agir representa, portanto, um grande desafio para os enfermeiros, ao consciencializá-los de que, quando as metas da reparação da doença deixam de existir, as metas do cuidar devem ser reforçadas. Existe muito para fazer através da comunicação terapêutica, o toque, o olhar e a expressão corporal que permitem, em contextos diversos, ajudar o cliente a morrer com dignidade. O sentido dos cuidados de saúde encontra-se, pois, no reconhecimento da dignidade de todo o ser humano, mesmo quando este se encontra extremamente fragilizado. Assim, permite-se que a pessoa que sofre procure alívio para o seu sofrimento, não significando muitas vezes deixar de sofrer, mas sim não sofrer sozinho! Os profissionais de saúde devem ser

capazes de compreender a pessoa em fase terminal, na complexa interação das suas múltiplas dimensões, admitindo a relação de ajuda do ponto de vista terapêutico.

Existem diversas teorias relativamente à morte e ao processo de morrer. Todavia, com o intuito de compreender o cliente e as suas emoções perante a fase avançada da doença e a morte, optou-se por abordar a teoria de Kübler-Ross (1981), psiquiatra de origem Suíça, que, no seu percurso de trabalho com clientes em fase terminal, identificou um conjunto específico de reacções psicológicas e emocionais percorridas pelo ser humano à medida que a morte se aproxima. Concluiu que a maioria dos clientes passaria, de forma quase sequencial e com duração variável, por diferentes fases, nomeadamente pela negação, pela raiva, pela negociação, pela depressão e pela aceitação. Mas, no sentido de se compreender a dinâmica abrangente dos conteúdos teóricos, julgámos conveniente abordarmos as linhas centrais da respectiva teoria.

Assim, na primeira fase, a de negação, verifica-se que o cliente toma contacto com a realidade e gravidade do seu estado de saúde e utiliza os seus recursos pessoais para negar a realidade dos factos. A negação funciona como um mecanismo de defesa perante a possibilidade da morte, mais ou menos próxima. O cliente não quer acreditar no que lhe está a acontecer e defende-se dessa ameaça, que o assolou, através da negação dos factos. Contudo, essa negação não é definitiva e muitos clientes podem ultrapassá-la e aceitar a realidade. É de salientar que, segundo Kübler-Ross (1981), muitos clientes apresentam uma negação parcial, ou seja, negam a doença e a sua gravidade e, contudo, demonstram interesse em ficar internados nas instituições de saúde, de modo a efectuarem os tratamentos médicos. Refira-se, também, que a fase de negação poderá ocorrer noutras situações, em que o próprio cliente já se encontra em fases emocionais subsequentes, não se tratando no entanto de um recuo, mas antes de uma necessidade imprescindível ao próprio sentir do cliente. Segundo a autora, a abordagem a realizar pelo enfermeiro aos clientes não deverá interferir e deixar que sigam o seu percurso de consciencialização da gravidade do seu estado.

Quando a fase de negação não pode mais ser sustentada, é geralmente substituída por outra, marcada por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. O cliente poderá então enveredar por estes sentimentos e questionar-se activamente: “*eu... porquê?*” Esta fase reflecte-se muito, tanto na família, como nos profissionais de saúde, pois o cliente manifesta críticas agressivas relativamente aos profissionais de saúde e inclusive contra a própria família. Nesta etapa, o que o cliente mais necessita, segundo Duarte e Diogo (2000), é respeito, compreensão, tempo e atenção, o que só poderá ser feito na medida em que o enfermeiro cultivar o conhecimento sobre si próprio.

Segue-se a fase de negociação que, segundo Kübler-Ross (1981), é a fase menos conhecida, mas muito importante para o cliente. Pois, o cliente abandona as reacções de raiva e adopta uma estratégia de negociação com o intuito de ganhar mais tempo de vida, prometendo a entidades divinas superiores mudanças de comportamento. Apesar da acentuada frequência com que os clientes estabelecem promessas com Deus para adiar o seu fim, este sentimento, pode indiciar sentimentos de culpa. Em algumas circunstâncias, o cliente pode estar a martirizar-se e a fazer mais promessas – ir mais vezes à igreja, tornar-se melhor mãe ou pai, mas numa tentativa de remissão de erros que pensa ter cometido no passado. Nessas circunstâncias, a equipa de saúde deverá estar atenta aos sinais transmitidos pelo cliente, de forma a poder ajudá-lo a superar a culpa do passado e também a culpa por não poder concretizar as actuais promessas.

Numa fase seguinte, em que já não é mais possível negar a doença devido à debilidade do próprio cliente que recorre conseqüentemente aos serviços hospitalares, pode ocorrer uma fase de depressão. Nesse momento, a raiva e/ou revolta são substituídas por um grande sentimento de perda. A autora identifica dois tipos de depressão presentes: uma reactiva e outra preparatória. Na depressão reactiva, o cliente apresenta-se preocupado, por exemplo, com os cuidados aos menores a seu cargo, a quem não consegue auxiliar por se encontrar hospitalizado, ou seja, na base da depressão reactiva encontra-se alguma actividade ou compromisso que está a preocupar o pensamento do cliente. A ajuda ao cliente nessa situação passa significativamente pela escuta activa do problema, numa atitude encorajadora e de alento em relação à resolução dos problemas dos familiares a seu cargo. Numa disposição de conforto, a presença do enfermeiro pode revelar-se importante, caso o cliente necessite de conversar ou simplesmente, chorar...

A segunda situação, a de depressão preparatória, geralmente é mais silenciosa, pois o cliente nesta situação poderá estar a preparar-se para o seu fim, para perder tudo o que mais ama na vida. Nesta fase, a expressão e manifestação de carinho, mesmo através da presença física silenciosa por parte dos profissionais de saúde e familiares, são fundamentais na ajuda ao cliente. Esta etapa pode ser necessária para o cliente ingressar num processo de aceitação do fim da sua vida. Em certas circunstâncias ocorre uma dissociação entre a vontade dos familiares em desejar a vida do seu ente querido e a vontade do próprio cliente em partir. É fulcral a presença dos enfermeiros com o objectivo de ajudar a família a compreender que aquilo de que o cliente mais precisa naquele momento é de companhia, podendo os apelos à coragem e ao ânimo prejudicar a caminhada do cliente para o desprendimento e aceitação do fim da vida.

A fase de aceitação, como é denominada a última fase, geralmente é alcançada pelos clientes que, de alguma forma, superaram as fases anteriores. Ela representa o culminar de todas as reacções emocionais do cliente em fase terminal. É um “baixar as armas”, uma rendição do cliente perante a iminência da morte, resultado de uma maior introversão e preparação pessoal. Quando ajudados, os clientes alcançarão a presente fase revelando uma necessidade de acompanhamento, onde a comunicação não verbal é, habitualmente, a linguagem predominante. Cabe ao enfermeiro e familiares aprender a trabalhar com o silêncio, interpretando-o, de forma a auxiliar o cliente em momento tão crítico, mostrando-lhe que não está só, recorrendo também ao toque terapêutico e emocional. É convicção de Kübler-Ross que os clientes que foram auxiliados a alcançar a fase de aceitação morrerão em paz e tranquilidade. A autora salienta ainda que, no entanto, estas fases têm uma duração variável e que se podem sobrepor. É de ressaltar que o cliente enfrenta a proximidade da sua morte de uma forma única e que a própria morte depende de uma variedade de factores, como a sua personalidade, a forma como enfrentou situações passadas, o suporte da família, a sua compreensão dos diagnósticos e até da relação que estabeleceu com os profissionais de saúde, entre outros (Pacheco, 2004). À medida que os comportamentos, gestos e olhares do cliente se vão modificando, o conhecimento e identificação destas fases são primordiais para que o enfermeiro reconheça as necessidades pertinentes para a sua acção.

De um modo quase generalizado e independentemente da fase em que se encontre o cliente em fase terminal, Kübler-Ross (1981) refere que a esperança é um traço comum a todos os clientes. É pois um sustentáculo de tal nível que os próprios se sujeitam a mais exames médicos sempre com a expectativa de encontrarem uma verdadeira cura. Quando a esperança termina, normalmente a sua morte está mais próxima. Assim, a esperança, importante para o cliente sobreviver aos dias difíceis, não é compreendida, nem pela família, nem pela equipa que dele cuida. Outras vezes, a angústia sentida pelo cliente está associada ao facto da família não aceitar a sua situação actual, perseguindo esperanças inexistentes, sem possibilitar ao cliente vivenciar o seu problema e atingir uma fase de aceitação final. Depreende-se, pois, que o ajudar a morrer com dignidade em meio hospitalar constitui-se não só uma acção do enfermeiro, mas também, uma acção da família. É a família que, melhor do que qualquer outra pessoa, conhece o cliente, os seus hábitos, os seus costumes, as suas necessidades, os seus anseios e os seus medos, construindo-se, desta forma, um importante elo de ligação entre o cliente e o enfermeiro. Assim, apoiar a família no sentido da aceitação e compreensão da vivência actual, promover o silêncio na fase em que já não existem intervenções de suporte, mas que ainda é cedo para a

separação final, devem ser as atitudes a tomar pelo enfermeiro face aos presentes clientes. Por vezes, é manifestamente importante a presença, a atitude carinhosa, um gesto, uma mão, a partilha de uma lágrima... tão importantes no momento final para transmitir paz e serenidade.

2.2. Cuidar o cliente terminal: as perspectivas da Enfermagem

Nas últimas décadas, os acentuados desenvolvimentos da ciência, nomeadamente da tecnologia na área da saúde, conduziram a um acréscimo significativo da esperança de vida e a um adiamento, por vezes considerável, do momento da morte. Em simultâneo, vive-se numa sociedade em que a dor e o sofrimento são pouco tolerados, estando a morte e o morrer afastados para um horizonte longínquo. Contudo, e como no dia-a-dia do enfermeiro, viver a aproximação da morte é um dos acontecimentos mais marcantes e frequentes, torna-se necessário compreender a dimensão aceite pelo profissional de saúde sobre o cuidar.

Incontornavelmente, a enfermagem assume-se como uma profissão ao serviço do Homem, em qualquer das suas etapas, percursos ou crenças, direccionada desde sempre para o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Assim compreende-se que, para Collière (1999), a essência da enfermagem, o cuidar, assente na garantia da satisfação das necessidades indispensáveis à vida. Deste modo, cuidar, prestar cuidados e *tomar conta* é, acima de tudo, um acto de vida, visando mantê-la e/ou permitindo-lhe a continuidade. É muito mais do que supervisionar ou aplicar uma terapêutica, baseando-se sim, essencialmente, numa relação de ajuda, numa arte de assistir o ser humano nas suas necessidades centrais da existência (pessoa, família e comunidade). Em suma, cuidar é afinal estar em sintonia com os conflitos de outros indivíduos, considerando, sempre, o espaço físico, social e espiritual em que se integram. A enfermagem emerge assim, como a “ciência do cuidar” e procura, em todos os momentos, identificar-se cada vez mais consigo própria, pela humanização e qualidade no que concerne aos cuidados que presta.

Partilhando desta concepção, Watson (2002), considera o cuidar “*como o ideal moral da enfermagem*” (p. 96), consistindo

“em tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas” (p. 96).

Neste contexto, torna-se importante definir o conceito “terminal” que, segundo Frias (2003), apenas se pode atribuir à doença e não à pessoa. Assim, segundo a autora, parece ser mais congruente referirmo-nos à doença como *“doença terminal, porque, embora acreditando que a morte marca o fim da vida, o que, no fundo, deixa de existir é a doença”* (p. 60), pois, a pessoa continua viva na memória dos seus familiares. Segundo Osswald (1999), numa perspectiva bioética, o fim da vida, *“em sentido restrito, será o especialíssimo, pessoal e intransmissível processo em que termina a vida do organismo biológico (...)”*, embora para o autor, o conceito de estado (ou fase) terminal difere do conceito de fim de vida, sendo este entendido como *“um padecimento que conduz inexoravelmente à morte ou desliza para a senescência avançada com progressiva perda de forças e capacidades”* (p. 38). Por outro lado, também Pacheco (2004), no âmbito da expressão *“cliente em fase terminal”*, considerou pertinente o seu enquadramento, ao que referiu ser *“aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável, e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte”* (p. 54). Assim, a pessoa em fase terminal, e fazendo referencia a três pontos comuns, é aquela pessoa que é portadora de uma doença em fase avançada, em que o prognóstico é muito limitado, geralmente inferior a seis meses de vida e em que a doença é progressiva, consistindo numa rápida evolução dos sintomas que causam sofrimento atroz ao cliente e família, ao mesmo tempo, que ainda, é uma doença incurável, ou seja, em que os tratamentos são ineficazes não se prevendo a resposta satisfatória (Pires, 2001). Nesta conjuntura, torna-se também relevante destrinçar a confusão que comumente acontece entre cuidados paliativos, cuidados terminais e cuidados ao cliente agónico.

A ANCP (2006) refere que um cliente que receba cuidados paliativos não é inevitavelmente um cliente em fase terminal. Entende-se, segundo a mesma fonte, que o cliente em fase terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de três a seis meses. Por seu lado, os clientes agónicos são, entre estes, aqueles que previsivelmente, pelas características clínicas que apresentam, se encontram nos últimos dias ou horas de vida.

Na sua dinâmica particular, os enfermeiros trabalham diariamente num campo muito vasto e específico, sendo necessário considerar na sua prática, não só os sintomas da doença, mas também, todo o contexto que circunda a doença e no qual é possível actuar (Watson, 2002), possibilitando e não permitindo que o cliente morra sozinho, num quarto isolado ou numa enfermaria junto de máquinas sofisticadas. Neste processo, cuidar implica, então, reconhecer sempre o cliente como ser humano, com

os seus limites, as suas dúvidas e os seus recursos. Trata-se da essência da profissão de enfermagem e, para atingir um cuidar profissional, é necessário que o enfermeiro reúna determinados saberes desde o “saber fazer” ao desenvolvimento contínuo do “saber científico” ligado a um “saber ser” guarnecido de determinadas características, tais como, a procura constante de conhecimentos e o rigor científico (Ferreira *et al.*, 2007). Deste modo, ao longo de contínuas vinte e quatro horas, o enfermeiro efectua múltiplas acções que são, sobretudo, apesar da relevância não menos importante alcançada pelos actos técnicos, *“uma dimensão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário dos cuidados e aos seus familiares”* (Hesbeen, 2000, p. 47). É neste pequeno mundo de acções que se revelam transparentes as preocupações dos enfermeiros com o cliente. É na forma como efectua um cuidado, ou mais especificamente, no simples modo como ajeita a almofada do cliente, *“que reside a única e verdadeira complexidade da enfermagem (...)”* (Ibidem, p. 64).

Na sociedade moderna, perante o actual panorama, é possível constatar o afastamento da morte das famílias e a sua centralização nos hospitais ou em outras instituições, o que faz dos enfermeiros os principais cuidadores. Constata-se uma alteração no local onde se morre. Deixou-se de morrer em casa junto dos familiares e passa-se a morrer nos hospitais, o que traduz uma verdadeira hospitalização da morte e, conseqüentemente, um maior envolvimento dos enfermeiros (Lumini, 2006). Com a medicalização do final de vida, segundo Silva (2006), actualmente mais de metade da população morre no hospital. Todavia, o internamento tem o seu reverso, pois afasta o cliente, em momento fragilizado, do seu ambiente familiar e pessoal. O hospital representa para o cliente o *“lugar da razão e da técnica”, onde o cliente se sente afastado de todo o seu mundo habitual, “onde perde o controlo da sua vida e da sua morte, aumentando a ansiedade, o medo (...) porque a pessoa doente, muitas vezes, é removida do seu ambiente familiar (...)”* (Silva, 2006, pp. 33-34).

Neste contexto, torna-se proeminente relembrar, na doença como na saúde, a importância de, a par do desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos, os enfermeiros expandirem as suas competências relacionais, permitindo-lhes modificar atitudes meramente técnicas, em atitudes verdadeiramente terapêuticas para os clientes a quem prestam cuidados. Assim, o cliente ao dar entrada no hospital traz, não só a doença e todo o tipo de problemas que esta cria, mas também as suas inseguranças, receios e ideias pessoais do conceito de hospital. Por natureza, o cliente vai sentir-se mais vulnerável, inseguro e com muitas dúvidas e, de modo a serem garantidos pelo enfermeiro cuidados de enfermagem humanizados, deverá encarar-se que a pessoa doente está mais além de uma fractura, uma infecção, ou

uma alteração repentina de um órgão, pois todas estas situações são sempre circunscritas por implicações emocionais e sociais (Coelho, 2000). Também Silva, corrobora da mesma opinião, descrevendo o hospital, como um *“lugar de cura onde se luta contra a morte”* e que se tornou pouco a pouco *“o lugar privilegiado de morte”* (2006, p. 34). Contextualizando, o cenário, onde outrora o cliente com doença terminal permanecia rodeado de familiares e amigos, foi deslocado para um local, onde a actividade profissional e a massificação tornam a morte num facto abstracto, silencioso e solitário. E, é pois, no hospital, local específico que ocupa uma posição estratégica, que os clientes encontram um conjunto de mecanismos institucionalizados que lhes permite tratar certos problemas e, de certa forma, substituir as funções primordiais da família. A morte numa instituição, distante da casa, do mundo familiar, em que *“a casa foi trocada pelo hospital, porque as pessoas não a querem ver e viver suficientemente, tornou-se agressiva e violadora, não deixa recordações nem lembranças, não perpetua a sua memória”* (Fleming, 2003, in Manso & Velho, 2004, p. 22).

Na sociedade ocidental, actualmente, com as novas condições de vida e de habitação, a família nuclear reduzida, o isolamento em que se vive, a sociedade técnica, mecanizada e impessoal, fazem que, sobretudo nos meios urbanos e cada vez mais nos centros rurais, a morte dos entes queridos não se faça em casa, mas sim no hospital. Este apresenta-se, assim, como o ambiente mais plausível para a maioria das pessoas com doenças terminais. Contrariamente à ideia, Kübler-Ross (1981) defende que a morte vivenciada no seio da família, na presença dos familiares mais próximos como os filhos, netos e amigos, é imprescindível para uma *boa morte*, criando, para o cliente, o momento de passagem, o momento único de transmissão à posteridade da herança da sua pessoa, da sua autoridade, dos seus bens, num testemunho da sua dignidade enquanto ser humano.

Numa vertente mais objectiva ao estudo desenvolvido, é de salientar que, com a transformação da sociedade, assiste-se também a uma transformação do envolvimento da família no processo de doença e também no processo de morte. Assim, a essência dos cuidados de enfermagem, que se baseiam sobretudo na interacção entre o enfermeiro e o cliente, não descurando a presença familiar, revela-se como um fenómeno particular e único, em que a prática de enfermagem enfatiza uma tendência para o cuidar, de natureza interpessoal, valorizando a relação entre ambas. Mas, na prática, existem algumas particularidades na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o cliente com doença terminal. Desse modo, e perante um cliente em fim de vida, a relação de ajuda é uma condição indispensável para a eficácia dos cuidados, exigindo aos enfermeiros o desenvolvimento de competências relacionais. É então importante que o enfermeiro tenha dos clientes a percepção da

aproximação da morte, disponibilizando mais tempo para o cliente e para a família. A presença de um olhar, a expressão facial, o contacto olhos nos olhos, a postura e o tom de voz são pequenos gestos que podem preencher um papel importante no estabelecimento de uma relação, também o toque terapêutico, como ponte importante para a comunicação e proximidade com o cliente, bem como a própria e natural integração dos familiares nos cuidados prestados ao cliente são considerados, por Henderson (1994, in Ferreira *et al.*, 2007), elementos de competência em enfermagem. A presença dos familiares representa, para estes clientes, mais do que a simples presença de alguém que está a promover cuidados. O familiar contribui assim, de uma forma efectiva para o processo terapêutico. Com a sua compreensão auxilia com carinho os enfermeiros nos cuidados mais difíceis, como por exemplo, proporcionar os cuidados de higiene e conforto, propiciar a toma da medicação, preparar, por vezes no domicílio, algum alimento preferido do cliente e auxiliá-lo a alimentar-se, valorizando, em parceria, a particularidade daquele familiar e cliente, naquela situação específica. Trata-se de reinserir a morte como um momento de vida na família, de modo a que o cliente possa usufruir da companhia de quem lhe é mais próximo nos seus últimos momentos de vida (Lumini, 2006).

Neste contexto da enfermagem, é relevante a importância atribuída cada vez mais aos cuidados relativos a clientes em fase terminal, na medida em que a individualidade, a dignidade da pessoa doente e o reconhecimento dos seus direitos estão frequentemente comprometidos. É também, na fragilidade desses momentos, que a experiência e a sensibilidade da equipa de saúde se revelam e, assumindo a formação humanística a importância equivalente à da formação científica, alcançam um horizonte de significado e um sentido em que os valores sócio-culturais e espirituais são fundamentais. Só assim, ao fazer com que o outro se sinta único, se está seguramente a prestar cuidados promotores de dignidade e qualidade de vida. O cliente em fase terminal não deixa de ser uma pessoa e, como tal, deve ser respeitada, pois a fase da sua vida não lhe afasta de nenhuma das suas características humanas nem dos seus direitos¹¹, entre os quais, o de morrer condignamente, com os devidos apoios humanos, efectivos e materiais (Direcção Geral da Saúde & Ministério da Saúde, 2007).

Segundo Melo (1989) e Pacheco (2004), torna-se relevante considerar os direitos expressos na Carta dos Direitos ao Doente Terminal que repercutem especificidades do cliente e têm como objectivo principal conceder “*um rosto humano aos cuidados de saúde, ajudando as pessoas a viverem com dignidade a própria morte, garantindo a*

¹¹ Carta dos Direitos do Doente Terminal (1975).

cada cidadão o direito de morrer a sua própria morte" (Torga, 1967, in Moreira, 2001, p. 39). Por isso, é fundamental que o cliente deva *ser tratado como pessoa humana até ao fim da vida*, revelando toda a dignidade intrínseca ao ser humano, que não a perde apenas por estar próximo da morte. É também importante que o cliente possa *expressar os seus sentimentos e emoções relacionados com a proximidade da morte*, bem como, *manter e expressar a sua fé*, numa perspectiva de liberdade religiosa, partilhando as suas convicções e mencionando a necessidade de assistência espiritual ou a rescisão dessa assistência.

O cliente tem também o direito a *ser cuidado por profissionais competentes e sensíveis* com a capacidade de comunicar e, em todo o momento, estabelecendo uma relação de ajuda no processo de confronto com a morte, para que o cliente não sofra indevidamente. Durante o processo, o enfermeiro tem o dever de proporcionar ao cliente em fase terminal o direito a receber respostas adequadas e honestas às questões que lhe preocupam para que devidamente informado possa participar nas decisões que dizem respeito aos seus cuidados, de modo a defender a autonomia do cliente enquanto pessoa humana e fazendo-o compreender o respeito mantido pela sua hierarquia de valores. Com a proximidade da morte e durante todo o processo de doença é importante que o cliente possa ter o conforto e a companhia dos deus familiares e amigos, para que, no momento de despedida, o cliente sinta que pode morrer em paz e com dignidade, de preferência num ambiente o mais próximo possível com o da sua casa.

De uma forma global, os direitos reflectem as necessidades reais de uma pessoa, quando sente a morte como uma realidade e, em simultâneo, o dever dos profissionais de saúde de procurarem acompanhar as necessidades, através do alívio da dor do corpo, da dor dos familiares e também da dor espiritual, com o intuito de promover a qualidade de vida numa vertente que englobe o bem-estar holístico do cliente.

2.3. O cliente terminal: uma abordagem holística

Ao longo da história da humanidade, a enfermagem foi grandemente influenciada pelo modelo médico, com uma visão dualista e cartesiana do alvo de cuidados. O cliente era interpretado como um conjunto de órgãos que podiam adoecer, prevalecendo, em consequência, uma acção isolada com vista à respectiva cura. Já no século XX, na década de sessenta, surge na enfermagem um novo paradigma, o do holismo. Desde então, o adjectivo holístico passou a intervir de forma mais intensa nas vidas pessoais, sociais e profissionais de cada pessoa. Importa salientar que a palavra holismo deriva da palavra grega *holos* que significa *o todo*. Tem, portanto, conotações fortemente

positivas para se refutar à realidade quotidiana que encaminha os indivíduos para posições fragmentadas e impessoais (Griffin, 1994).

Assim sendo, o Homem deixou de ser visto como um mero conjunto de partes, pretendendo-se assim sedimentar a perspectiva de um estudo global e completo do ser humano, de forma indivisível e com necessidades individuais. Consequentemente, indexado ao sentido, permite-se a abertura a realidades teóricas decorrentes das ciências sociais e humanas, promovendo-se a investigação no campo da enfermagem, de modo a realçar a riqueza dos saberes inerentes à prática dos cuidados. O termo holismo tem, portanto, sido utilizado na enfermagem como uma abordagem reflectida das realidades complexas do ser humano, envolvendo a ciência de enfermagem na esfera da constituição interactiva do ser humano que contempla o sentido do viver num plano bio-psico-socio-cultural e espiritual. No pressuposto, deve então o enfermeiro estar preparado para ajudar o cliente de forma individual, bem como, os seus familiares e pessoas significativas a lidarem com a doença e o sofrimento do familiar. Neste espaço da enfermagem, o holismo, pelos denominadores que o sustentam, assume um papel reconhecido ao considerar cada pessoa como um todo e não apenas uma parte com um caso de alteração do estado de saúde ou do funcionamento de um órgão. Assim, cada indivíduo possui força e determinação únicas conjuntamente com necessidades específicas de saúde que permitam uma constante adaptação às exigentes mudanças pessoais das dimensões sociais e mentais.

Deste modo, a preservação dos cuidados ao cliente em fase terminal, de forma global, manifesta uma preocupação frequente e complexa no panorama actual de saúde. É o processo de cuidado humano que facilita à pessoa ser vista e ver-se, a si própria, como um fim, inserida num sistema, e não como um meio para um determinado objectivo científico (Frias, 2003). Contudo, a enfermagem, ao longo dos anos, tem acompanhado a visão do mundo mais especificamente no que concerne à abordagem holística. Compreende-se, assim, a inter-relação da dimensão bio-psico-socio-cultural e da dimensão espiritual que compõem o individuo e, ao mesmo tempo, reconhece-se que o todo é maior que a soma das duas partes, integrando e interagindo no mundo, procurando harmonia entre as partes que o constituem.

Atendendo à perspectiva, o atendimento de enfermagem, centrado na pessoa com doença terminal, pretende dos enfermeiros, não só um conhecimento profundo e imprescindível de aspectos relacionados com a situação clínica actual, mas também os conhecimentos relacionados com todos os aspectos humanos e éticos. Proporcionar cuidados a uma pessoa na fase terminal do seu ciclo de vida, implica

proporcionar-lhe uma assistência humana com base na compreensão, certificando a sua qualidade de vida e ajudando-a a viver melhor até que o seu percurso existencial chegue ao fim. Ao abordar a ciência do cuidar, no que se refere à pessoa em situação terminal, julgamos realmente importante referir Jean Watson pela abordagem que desenvolve sobre o cuidar. Os enfermeiros adquirem uma consciência da acção, numa primeira perspectiva, por meio das actividades que mantêm a vida como um processo completo de envolvimento relacional, assente em factores cognitivos, morais e emocionais e, por outra, pela possibilidade de detectar, sentir e responder à condição do cliente na própria relação. Deste modo, pela complementaridade verificada na acção dos enfermeiros, o cliente torna-se mais capacitado, e até disponível, para transmitir pensamentos e sentimentos que, em momento de confiança, deseja manifestar (Watson, 2002). Contudo, o processo de cuidar, que ultrapassa o simples tratar, permite ao enfermeiro delinear, com o cliente cuidado, um horizonte de rumos, permitindo por vezes, chegar à morte serena. No desenvolvimento da teoria do cuidado humano (Human Care), Watson refere, ainda, que a enfermagem desenvolve um processo inter-subjectivo por transacções interpessoais que permitem a vontade, o compromisso individual, pessoal, social, moral e espiritual, revelando-se, profundamente, essencial ou central. Watson apresenta a proposta de uma relação *transpessoal* que influi e influencia o enfermeiro (Pinto & Silva, 2008), consistindo na inter-subjectividade da relação de humano para humano.

Cuidar de uma pessoa em fase terminal reflecte-se não só nas atitudes físicas, manifestas pelo alívio da dor física, mas também por nunca esquecer a dor psicológica que, muitas vezes, influi no cliente mais do que qualquer sintoma físico. Assim, é fundamental a abordagem holística, única e individualizada do cliente, o que permite aos cuidados de enfermagem, não apenas o desenvolvimento de técnicas sofisticadas, mas também, muitas vezes, a presença física e a disponibilidade do enfermeiro. O profissional reconhece, portanto, no cliente, a sua identidade cultural, social, física, psicológica, económica, entre outras, de forma a respeitar e procurar assegurar as suas perspectivas e convicções. Apesar das presentes considerações e atitudes da enfermagem, revela-se, também importante, na relação aos cuidados de enfermagem direccionados para os clientes em fase terminal, as orientações sublinhadas por Green (1988, *in* Berenthal, 1994), nomeadamente, ao considerar as atitudes de se manter a dignidade do cliente, o alívio da dor e a sintomatologia, a permissão de ausência individual perante as preocupações financeiras e a capacidade de facilitação de um ambiente agradável física e emocionalmente.

O papel da enfermagem, para além de se sustentar nos aspectos referidos, permite também contextualizar dimensões complementares, pois a garantia da promoção

relativa ao conforto físico e psicológico do cliente, à independência individual, à prevenção da solidão e isolamento, bem como, à promoção do conforto espiritual, são alicerces centrais à missão profissional da visão acerca do enfermeiro. É importante, portanto, compreender que o cliente não procura respostas ou soluções para os seus problemas, apenas quer ser ouvido, quer aliviar a tensão e o conflito, quer expressar os medos e as fantasias. A dor, nestes casos, trespassa o plano meramente físico, pois, para além da dor física, controlada ou eliminada, o cliente em fase terminal sente uma dor espiritual muito mais difícil de “olhar”. Quando surge, ou simplesmente é transmitida ou sentida, em muitas das circunstâncias, revela-se perante o enfermeiro que está presente e, em situações vivenciadas, deve o respectivo enfermeiro proporcionar que sejam expressas como forma do próprio cliente aceitar o processo de morrer (Frias, Valentim & Moniz, 1997).

Nesta circunstância, vivendo o cliente a aproximação da morte, acontecimento dos mais marcantes da existência finita, recai sobre o enfermeiro o dever de lhe atribuir um significado especial, atendendo, caso a manifestação seja livre e objectiva, à satisfação das necessidades espirituais. O enfermeiro e família podem, sem dúvida, promover o conforto através do carinho utilizado nas competências de comunicação terapêutica, expressando, deste modo, empatia, rezando com o cliente ou, simplesmente, marcando presença efectiva e afectiva (Loureiro, 2001). A satisfação das necessidades espirituais, que podem ser contempladas de forma distinta das necessidades religiosas, inserem-se, como verificamos, em prática de cuidados de enfermagem holísticos, pois,

“(...) to those who argue that nurse has no role in spiritual care and should leave this obligation to hospital chaplains and other trained representatives, they are reminded that if nursing is to be truly holistic, nurses must embrace the spiritual dimension of care” (Govier, 2000, p. 36)¹².

A enfermagem possui requisitos que a distinguem e caracterizam como uma profissão de entreajuda. Enquanto profissionais, os enfermeiros devem investir, cada vez mais, na reflexão e acção, fundamentando o seu desenvolvimento numa ligação terapêutica entre o cliente, a família e a equipa de saúde. A maior riqueza que a profissão de enfermagem pode oferecer reside nas experiências inquietantes com clientes que vivenciam a sua finitude, pois as inquietações demonstram que algo não morre, que

¹² Para aqueles que argumentam que a enfermagem não tem um papel diferenciado nos cuidados espirituais e deverá delegar a função aos capelães do hospital e a outros especialistas, referimos que para a enfermagem assumir uma dimensão verdadeiramente holística tem de adoptar a dimensão espiritual nos cuidados a prestar (Tradução da Autora).

existe um alerta de vida e que se compreende, porquanto, que a vida é esse somatório de dor, amor, tristeza e uma ininterrupta renovação.

Contudo, o cuidar revela-se sempre presente, quando o enfermeiro acredita nas capacidades do cliente e determina-se pela disponibilidade, de forma a poder ajudar a aliviar a sua dor e o seu sofrimento, conferindo-lhe dignidade em todos os momentos. Segundo Frias, à medida que a morte se aproxima, a presença física do enfermeiro proporciona ao cliente uma sensação de tranquilidade, pois, o cliente subentende que *“estamos com ele e que o ajudaremos a ir, progressivamente, desprendendo-se da vida”* (2003, p. 127). Só numa atitude configurada neste modelo, pode o enfermeiro garantir a dignidade do cliente em fase terminal, contemplando-o como uma pessoa que precisa de se sentir viva e que merece a atenção da equipa de enfermagem, ou de um enfermeiro em particular. Assim, acompanhar as pessoas em fim de vida prevê-se sempre como um desafio rico em aprendizagens, pois, a intervenção do enfermeiro junto daqueles que pouco tempo tem para partilhar, permite reflectir sobre alguns aspectos importantes que visam um desempenho de qualidade. Para que a eminência dos cuidados seja atingida é importante reconhecer também os aspectos espirituais e as implicações na situação actual da doença terminal. Os profissionais de saúde são, por vezes, reducionistas, ao ponto de considerarem a dimensão espiritual dos clientes assente apenas na sua manifestação religiosa e/ou crença no sobrenatural, mas, compreender a espiritualidade é vencer as limitações impostas pelas dimensões do conceito subjacente à visão redutora da manifestação religiosa. Pois, a espiritualidade revela-se pela assumpção individual do Além, reverência e respeito, mesmo por aqueles que não acreditam em Deus (Atkinson, 1989). A visão espiritual da vida prolonga-se em considerações e fundamentações sobre o amor, o mistério, o sofrimento, a angústia e abrange a oração, a meditação e, por vezes, o recurso a outras estratégias, de forma a encontrar uma finalidade e um significado à vida, bem como, um reconhecimento às alegrias do quotidiano. Daí que percepcionemos uma dimensão espiritual da pessoa que transcende a dimensão física e psico-social, sustentada no sentido da vida, abrangente e inerente a todo o Homem. Assim, a competência, os conhecimentos, bem como, a partilha de valores e a consideração pela pessoa humana devem ser prioritários, no nosso entender, pela reunião de muitos esforços, de modo a garantir ao cliente com doença terminal e à respectiva família o melhor bem-estar possível naquele que é o percurso... afinal o seu percurso.

3. O CUIDAR ESPIRITUAL

Na área da enfermagem, o interesse pela abordagem espiritual existe como conteúdo significativo para alguns modelos, designadamente os desenvolvidos por Jean Watson, em 1988, Margaret Newman, em 1994, Betty Newman e Barbara Dossey, em 1995 (Wright, 2005).

A disciplina de enfermagem expandiu-se sob os auspícios das instituições religiosas e, como consequência, as práticas desenvolvidas encontram-se fortemente influenciadas pelos referenciais religiosos (O'Brien, 1999). Florence Nightingale, pioneira da teoria dos cuidados de enfermagem, acreditava que tinha sido chamada por Deus para servir a humanidade, sendo que a sua teorização e concepções possam ter influenciado o cuidar, providenciando, neste sentido, o reconhecimento das necessidades do Espírito. Com o desenvolvimento da vertente humanista da enfermagem, a compreensão do corpo, a sensibilidade espiritual e religiosa emergiram e influenciaram, predominantemente, o seu percurso científico. Num projecto mais recente, também Leininger, por um lado, com a *Teoria Transcultural do Cuidado* e Watson, por outro, com a *Teoria do Human Care*, centram a pessoa como o sujeito dos cuidados, focalizando-a, não só, como um organismo ou ser físico, mas também, como um ser com uma identidade espiritual.

Reconhecido o esforço para que a dimensão espiritual seja uma extensão dos cuidados de enfermagem da actualidade, tem-se desenvolvido ao nível académico, ocorrendo, por seu turno, um acréscimo no interesse e fundamentação para o cuidar (Wright, 2005). Pretende-se, por isso, que o processo de cuidados de enfermagem continue a evoluir no sentido de uma prática centralizada na pessoa, contemplando-a na sua totalidade, ou seja, na sua globalidade.

Sendo percebida no presente modelo, a enfermagem desenvolve o seu processo de intervenção valorizando uma forte compreensão humanista sem negligenciar a sua própria herança científica. Deste modo, a enfermagem procura encontrar um fio condutor na ciência e na humanização dos cuidados a realizar, perspectivando a vida humana como um bem a ser valorizado e reconhecendo o "*processo de cuidar do humano-para-humano com uma dimensão espiritual*" (Watson, 2002, p. 69). Compreendendo, na centralidade do seu próprio espaço, as dimensões do ser humano, a definição de Homem torna-se, sem dúvida, um objectivo complexo, pois o que o afirma como um ser único é a sua complexidade. Mas, se as dimensões físicas, psicológicas e sociais são espontaneamente reconhecidas pelos enfermeiros, a dimensão espiritual continua a ser misteriosa e o seu reconhecimento problemático. Por isso, com o intuito de compreender e reflectir, aprofundadamente, acerca da

dimensão humana, manifesta-se pertinente uma pesquisa sobre o conceito de desenvolvimento humano, no sentido de evidenciar, ou clarificar, a vertente espiritual que permita encontrar a harmonia, ou complementaridade, entre a mente, o corpo e o espírito.

Em suma, o enfermeiro revela-se na sua prática diária como um co-participante em relação ao cliente, estabelecendo uma interacção dinâmica em que a transição do cuidar contribui para o desenvolvimento da essência espiritual da pessoa, revelando-se num aumento do conhecimento pessoal, do respeito, controle e restabelecimento, tanto para o enfermeiro como para o cliente. Deste modo, e atribuindo a devida importância ao saber técnico, salienta-se que o aspecto relacional não deve ser negligenciado, de modo a que os cuidados de enfermagem não se tornem despersonalizados e impessoais, permitindo redescobrir a importância conceptual e prática de identificar e responder aos problemas humanos e espirituais que afectam a saúde do indivíduo.

3.1. Dimensões da espiritualidade

A enfermagem tem desenvolvido, de forma evidente, a intenção explícita e implícita de proporcionar cuidados ao cliente como um todo e, ao mesmo tempo, os profissionais de enfermagem são reconhecidos por estarem presentes vinte e quatro horas junto ao cliente, responsabilizando-se pela prestação de cuidados holísticos e tendo o privilégio de cuidar o Homem na sua individualidade e simultânea complexidade. As dimensões referidas assentam nos conhecimentos adequados sobre os aspectos da pessoa humana, pela referência ao sentido holístico e pela consistência no juízo referente ao cliente, fundamentado num todo, para além das partes que o constituem, ou seja, por uma compreensão centrada na mente, no corpo e no espírito.

Não descurando a importância da dimensão *mente* e *corpo*, interessa-nos desenvolver a dimensão espiritual. Neste sentido, compreende-se a dimensão espiritual de uma pessoa como aquela que transcende as dimensões físicas e psico-sociais. A dimensão espiritual é uma dimensão que nos proporciona bem-estar, paz interior, serenidade, compaixão, responsabilidade pelos outros, com um sentimento profundo de gratidão e reconhecimento nas relações humanas como proporcionadoras de experiências significativas e enriquecedoras, tornando assim a pessoa num indivíduo único (Caldeira, 2002). Interessa, portanto, como consequência da opção, compreender o conceito de espiritualidade e as suas dimensões nos cuidados de enfermagem do século XXI.

Para Wright (2005), a espiritualidade é *“tudo aquilo e todo aquele que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas*

particulares de estar no mundo, em relação com os outros, consigo mesmo e com o universo” (p. 20). O conceito, em nosso entender, revela-se um conceito subjectivo, pois, encontra-se inerente a cada pessoa. Mas, atendendo a outra visão, em Bolander (1999), a espiritualidade refere-se ao princípio da vida que, intrinsecamente, acompanha todos os seres humanos. Ser espiritual é estar em permanente ligação com o “eu” íntimo, uma ligação também a outros ou a um *ser* ou energia transcendentes¹³. Consiste, portanto, em apresentar uma capacidade singular para o amor, a alegria, o contentamento, o carinho, a compaixão e, também, para o encontro com o significado da difícil experiência em que consiste a vida (Riley, 2004).

Admitimos também ser importante, a contextualização de espiritualidade, segundo Kellehear (2000), pelo facto de esclarecer que:

“(...) people need to seek and find a meaning beyond their current suffering that allows them to make sense of that situation. This transcendence may be achieved by searching for meaning in situations, moral or biographical context, and/or one’s inherited or chosen religious beliefs and ideas” (p.150).¹⁴

Todavia, de modo a complementar o conteúdo objecto do estudo, admitamos a compreensão da espiritualidade, segundo o National Cancer Institute como, *“having to do with deep, often religious, feelings and beliefs, including a person’s sense of peace, purpose, connection to others, and beliefs about the meaning of life”¹⁵* (National Cancer Institute, 2008).

Convém ainda admitirmos que o conceito de espiritualidade se dimensiona consoante a possibilidade de se pensar acerca do mesmo e de se enraizarem diferentes estudos e perspectivas. E, nesse postulado, verificamos que para Lourenço (2004), o conceito de espiritualidade abrange um particular sentido que se disponibiliza à vida pela satisfação que proporciona ao indivíduo e pela forma que o encoraja no seu dia-a-dia a encarar os contratempos e as vicissitudes terrenas. É uma força invisível, essencial, que promove um sentido de continuidade e significado à existência. Pertence, segundo Hennezel e Leloup (1998), a qualquer ser, leia-se pessoa, que se questiona

¹³ Transcender significa, segundo Hegel (1998), ir para além de nós, mas servindo-nos a nós próprios, encontrando um sentido na vida. Cf. Hegel, G. W. F. (1998). *Fenomenologia do Espírito de Hegel*. Lisboa: Edições 70.

¹⁴ (...) As pessoas necessitam de procurar e encontrar um significado que reflecta o seu sofrimento e que lhes permita compreender a sua situação. Esta transcendência pode ser alcançada procurando o significado das situações, quer em contextos morais ou biográficos e/ou na herança ou escolha de crenças religiosas ou ideais (Tradução da Autora).

¹⁵ Ter de lidar com sentimentos profundos, por vezes, religiosos e crenças, incluindo a sensação de paz, propósito, relação com o outro e também crenças acerca do significado da vida (Tradução da Autora). Cf. National Cancer Institute (2008). *Spirituality in cancer care. Patient version*. Recuperado em 6 de Janeiro de 2008, de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pda/supportivecare/spirituality/patient/allpages/print>

perante a simplicidade e a realidade da sua existência, proporcionando a relação com os valores que o transcendem, seja qual for o nome que lhe atribua. A espiritualidade é, assim, observada como uma ponte entre a perda de esperança e a procura da vida com significado (Frias, 2001). Traduz-se num conceito universal e lato que abrange toda a dimensão do ser humano com uma procura para a sua compreensão holística. Assim, se compreende que cada pessoa viva e desenvolva a sua espiritualidade de diversas e determinadas formas muito individuais e particulares. Compreende-se, portanto, que o significado atribuído por cada um pode auxiliar a ultrapassar uma situação de doença, procurando a pessoa encontrar um alívio para os seus medos e preocupações, descobrindo uma finalidade e reajuste às pequenas alegrias do quotidiano. Todavia, a necessidade de uma pessoa desvendar um significado e um objectivo para a vida ou a simples necessidade de atribuir um significado às experiências da vida, incluindo o processo de doença, é caracterizado como uma necessidade espiritual. Revela que o Homem é um ser espiritual com necessidade, ou necessidades, de um questionar conduzido por um desejo humano de encontrar sentido e significado naquilo que faz e sente.

O desenvolvimento da espiritualidade, como anteriormente tivemos a possibilidade de reflectir, depende das relações que a pessoa estabelece com os outros, atribuindo significado às suas experiências que, poderão ou não, alterarem-se tendo em linha de consideração as diferentes etapas da vida. O crescimento espiritual revela-se um processo contínuo pela vida à medida que a pessoa desenvolve e melhora o seu conhecimento e significado, propósito e valores da vida. Este crescimento pode, todavia, ocorrer de diversas formas. Assim e de forma gradualmente distinta, quer as crianças, adolescentes, jovens e adultos expandem a sua percepção de espiritualidade em consideração às representações dos valores e modelos familiares e culturais (Lourenço, 2004). É principalmente na idade adulta, em que a morte é considerada como parte de um futuro que, de acordo com o próprio desenvolvimento da vida e numa manifestação mais evidente quando ocorre uma situação de doença ou crise pessoal, as pessoas renunciam ou garantem outros significados aos valores espirituais. No entanto, a fé reconhece que as convicções de outras pessoas também podem ser válidas, tornando-as mais flexíveis em compreender a sua própria espiritualidade. A consequência do fenómeno traduz-se pelo facto das pessoas tornam-se mais disponíveis a aceitar os paradoxos da vida e mais capazes de reconhecer a necessidade da interdependência (Bolander, 1999).

Na velhice, momento de introspecção e de reconhecimento convicto da realidade em relação à etapa do ciclo de vida como sendo o mais próximo da morte, o progresso espiritual depende muito do contexto étnico e cultural do indivíduo. É um espaço do

tempo consignado à existência, permitindo a descoberta mais profunda do espírito, em virtude da própria inerência à complementaridade do corpo. O indivíduo idoso, viveu conflitos e decepções; todavia, garantindo a posse de uma ansiedade perante a vida que nem a morte é capaz de aniquilar, a própria experiência histórica proporcionou-lhe maior disponibilidade ou facilidade para lidar com a dimensão espiritual (Bassini, 2000).

A velhice é, por conseguinte, uma etapa que antecede o fim da vida. Mas, mas com a percepção do fim, as pessoas colocam interrogações, relacionadas com o sentido da vida, revestindo-se as preocupações espirituais muitas vezes de uma importância primordial. A visão espiritual faz-nos compreender que *“com o passar dos anos o corpo diminui de capacidade e esquecemo-nos que a alma caminha em direcção oposta”* (Serralheiro, 1993, p. 20).

A dimensão espiritual é parte integrante do indivíduo e desenvolve-se, em simultâneo, com o seu crescimento pessoal, *“begins from the inside”*¹⁶ (Long, 1997, p. 499). A dimensão espiritual transcende as dimensões físicas e psico-sociais, proporciona sentido à vida e torna-a abrangente, proporciona bem-estar, serenidade e paz interior. Para Stoll, a dimensão espiritual é tida com referência a quatro aspectos, nomeadamente, o conceito de Deus, a fonte de força e de esperança, o significado das práticas e rituais religiosos e, por último, a percepção da relação entre as crenças espirituais e o estado de saúde (2002). Torna-se, portanto, para a enfermagem necessário desenvolver uma percepção aprofundada acerca da dimensão espiritual de um cliente, diferenciando-a do aspecto religioso, pois a primeira abrange um conceito muito mais amplo do que a filiação, ou mesmo, a prática religiosa. Neste sentido, e com o intuito de proporcionar uma compreensão da espiritualidade como dimensão, é pertinente expor e contrapor o significado de religião e de espiritualidade.

Em Lourenço (2004), espiritualidade e religião embora se equiparem apresentam-se com sentidos diferentes, da mesma forma que a espiritualidade não deverá ser entendida apenas como a prática, ou não, de uma religião. Se, por um lado, a religião para Parkes, Laungani e Young (2003) é uma forma de reconhecimento, por parte do Homem na existência de um ser superior e invisível, que de forma paralela, controla o seu destino, ao qual ele deve obediência, reverência e veneração, por outro, para Lourenço (2004), a espiritualidade é como uma doutrina, oposta ao materialismo, reconhecendo a existência do espírito ou alma espiritual. A espiritualidade revela-se, pois, no apoio que cada um tem para superar as situações de crise. Enquanto uns “se refugiam” na Igreja, na religião e na fé, outros, porém, optam pela música ou pelo

¹⁶ Começa do interior (Tradução da Autora).

ambiente, entre outras opções também dignas de se registarem em diferentes circunstâncias.

Para Wright (2005) a religião é “a *adopção ou participação em uma comunidade de fé específica que partilha o mesmo conjunto de crenças, rituais, morais e, por vezes, um código de saúde centrado num poder definido como transcendente e grandioso, referido como Deus*” (p. 20). Mas, para Costa (2004), a religião já se traduz por um sistema de crenças, implicando um diverso conjunto de representações simbólicas. As crenças, os dogmas, como as representações, exprimem-se sob a forma de ritos, cerimónias e cultos, sendo que, as crenças e os ritos orientam os comportamentos e atitudes dos praticantes, ou seja, toda a religião se materializa em códigos morais.

No entanto, convém compreendermos a origem etimológica da palavra “religião”, pois, deriva do latim *religare*¹⁷ e pode ser entendida como um conjunto de ideias que permitem unir uma sociedade.

Muito embora possa existir uma sobreposição dos conceitos anteriormente referidos, apesar de as interpretações individuais muitas vezes se afigurarem pouco objectivas, convém sublinhar que existem diferenças que os mantêm com as suas singularidades. Deste modo, a religião, sustentando a opinião de Wright, é um conjunto de crenças, valores, códigos de conduta e rituais que respondem à questão do que significa ser humano, em relação a si próprio, aos outros e a uma força superior, sendo definida pelo indivíduo e frequentemente designada por Deus (Bolander, 1999). Numa outra perspectiva, Sulmasy (2002) reflecte a espiritualidade como um relacionamento individual ou em grupo com o transcendente e num acto de fé e esperança, reporta-a a uma procura pelo significado da transcendência.

Assim, se a religião, por um lado, se reporta a uma crença no sobrenatural ou numa força divina que tem poder sobre o universo e comanda a adoração e a obediência, manifestando-se num código abrangente de ética e filosofia, por outro, a espiritualidade é um atributo mais amplo que a religião, pois, como consequência, um indivíduo não necessita de pertencer a uma religião organizada para alcançar a dimensão espiritual. A espiritualidade move-se como uma força unificadora que não tem como propósito aumentar a vida de uma pessoa, mas facultar o seu desenvolvimento de uma forma orientada para a realidade e para o significado da sua existência, independentemente da sua orientação religiosa (Hansen, 1993).

Quanto à manifestação da espiritualidade, a maioria dos indivíduos expressa-a em práticas religiosas, outros fazem-no através do relacionamento com a natureza,

¹⁷ Palavra do Latim que significa “ligar”.

através da música, através da arte e mesmo até através do relacionamento com os amigos e a família. A própria expressão de espiritualidade pode ser projectada através de um conjunto de crenças, práticas e linguagem que envolvem uma comunidade que procura um significado transcendente, mas de uma forma particularizada. Neste contexto, entende-se que existem duas dimensões, uma externa e outra interna, sendo a religião a externa e a espiritualidade a interna.

Assim sendo, é possível abranger a satisfação espiritual sem apelar à prática de rituais religiosos, proporcionando-se a interpretação de que a espiritualidade é um conceito mais vasto do que a experiência religiosa. A dimensão espiritual do indivíduo deve ser entendida como algo que transcende as dimensões físicas e psico-sociais, conferindo-lhe, acima de tudo, sentido à vida. Deste modo, é importante que o profissional de saúde, ao efectuar a planificação de cuidados a um cliente, reflecta sobre a importância de compreender a sua dimensão espiritual, de modo a que a satisfação das necessidades espirituais seja necessariamente colmatada, pois assume, em muitas das circunstâncias, uma importância por vezes superior às necessidades fisiológicas ou psico-sociais.

A adopção por parte dos profissionais de saúde, principalmente em meio hospitalar, de medidas de descentralização do acto técnico, são pertinentes, com o intuito de promover uma postura naturalista na sua prática diária, pois não é apenas a dor física que pode levar à morte, mas também o sofrimento espiritual, quer pelo desespero, quer pela perda de sentido de vida (Lourenço, 2004). Igualmente, perante uma situação de doença, é importante observar a forma como os clientes se posicionam e reagem. É necessário que, para uma profunda contextualização da acção da enfermagem, os profissionais de saúde estejam despertos para as reacções emocionais dos clientes e os ajudem ou encaminhem, *“pois de facto as atitudes positivas estão associadas a respostas e comportamentos que provavelmente aumentam a sobrevida”* (Marques, Santos, Firmino, Santos, Vale, Abrantes, Barata, Moniz, Amaral, Galvão, Clemente, Pissarra, Albuquerque, Gomes & Morais, 1991, p. 41). Deste modo, torna-se pertinente, por parte da enfermagem, uma implementação integrada da espiritualidade nos cuidados diários, desenvolvendo-se assim uma utilização apropriada dos conhecimentos e capacidades da própria profissão numa dimensão transpessoal. É importante, pois, assegurar que a prática de enfermagem se fundamente em conhecimento científico, sem deixar de relacionar a pertinência da intuição e do entendimento resultantes das diferentes situações e da própria reflexão sobre as práticas. A questão central reside, em suma, na capacidade de se estabelecerem relações interpessoais, baseadas na valorização do saber do cliente, relativamente aos processos de vida e de transição, que se constitui, para além do

conhecimento formal, no conhecimento utilizado pelo enfermeiro perante cada situação (e que só se adquire pela relação no cuidado) como promotor do potencial bem-estar do indivíduo.

3.2. Relevância da espiritualidade nos cuidados de enfermagem

No sentido de nos (re)situarmos, importa recordar que a teoria do holismo contempla o ser humano como uma unidade integrada, dinâmica, num sentido físico, psíquico, social e espiritual. Assim, segundo Walsh e McGoldrick (1998), a enfermagem é a ciência e a arte de assistir de forma holística o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento das suas necessidades básicas, de forma a promover a sua independência, através do ensino do auto-cuidado, em simultâneo, com outros profissionais. Watson (2002) partilha, também, o pensamento de reflectir acerca da unicidade do indivíduo, ou seja, para Watson, o indivíduo não é simplesmente um organismo ou existência única em si própria, mas é também uma parte da natureza e um ser espiritual. Em substância ao conceito, a interpretação do estado de saúde do indivíduo é, pois, ampliado pela harmonia à referência das três dimensões.

Nos tempos de hoje, procura-se, incansavelmente, viver muito tempo com dignidade e qualidade de vida e não apenas sobreviver. Faz-se de tudo para combater a doença, a dor, o sofrimento e vencer a própria morte. Nos clientes em fase terminal, memoriza-se o medo do sofrimento para além do medo da morte. Todavia, regista-se que a dor física é a fonte mais comum do sofrimento e o próprio sofrimento associado à morte transcende a dimensão física, enfim, engloba o sentido totalizante da pessoa.

O domínio espiritual representa uma fracção significativa da dimensão humana. Devido ao cariz holístico do ser humano, qualquer alteração clínica ou cirúrgica do corpo manifesta-se numa alteração da mente e do espírito. Embora, de uma forma geral, segundo McSherry e Ross (2002), as pessoas não assimilam a espiritualidade ou não consideram a existência nas suas vidas de uma dimensão espiritual – uma maioria refere que apesar de não pertencer a grupos religiosos específicos na comunidade onde se insere, acredita numa força transcendente e superior ao mundo físico. A espiritualidade manifesta-se, portanto, no espaço relacional, pela expressão do cliente relativamente aos desejos do seu coração, às exigências da sua razão, às fragilidades, às forças, aos caminhos que percorre, às razões de viver e às esperanças que sente. É, porém, neste espaço privilegiado que se constroem, pouco e pouco, gestos de liberdade que permitem ao cliente encontrar a sua dignidade de ser humano. Sem a manifestação de espiritualidade, segundo Zoboli e Pegorato (2007), a humanidade seria um deserto, pois não haveria para onde conduzir a necessidade

inerente de perceber e sentir a pertença de algo ou alguém mais amplo que o quotidiano em si.

Torna-se, portanto, pertinente a inclusão nos cuidados de enfermagem de uma dimensão que alcance não só a vertente física, mas também de uma dimensão espiritual e transcendente, revelando-se assim a espiritualidade um aspecto essencial para compreender o ser humano, a saúde e a prática de enfermagem. Esta importância reafirma um futuro para a enfermagem em que a sustentação do grande pilar assenta na assistência, mais do que na cura, ou seja, a emergência de uma prática tradicional de indiferença racional para uma conduta holística baseada na assistência humana, permitindo que a enfermagem transponha a superfície material física e alcance o interior humano do indivíduo.

A centralidade do tema, a espiritualidade, é uma constituinte de todos os indivíduos e representa-os na sua totalidade, revelando-se e expressando-se através de diversas formas, entre elas, o modo como apreende a existência das outras pessoas, o modo como as percebe, os cuidados que presta a si próprio e aos outros. Assim, pode-se realçar que cada indivíduo tem a sua própria espiritualidade e desenvolve também uma necessidade especial e única por cuidados espirituais.

Quando um indivíduo se encontra confrontado com uma situação de crise, provocada por uma doença aguda, pela perda de um familiar querido ou perante a possibilidade de um diagnóstico de incapacidade física durante o tempo que lhe é permitido viver, pode desencadear uma crise ou necessidade de cuidados espirituais (Martins, Veiga, Quelhas, Barcelos & Azevedo, 2004). Nestes casos, a saúde espiritual perspectiva-se como um estado de equilíbrio que transcende as coisas materiais e físicas e revela-se numa enorme capacidade para aceitar uma força ou energia superiores como amparo nesse percurso interior.

Neste sentido, a enfermagem, deverá englobar de forma cada vez mais pertinente e activa na sua prestação de cuidados diária, a identificação das necessidades espirituais do cliente. Esse reconhecimento deverá acontecer quando existe uma atmosfera de aceitação e apoio entre o cliente e o enfermeiro para que uma relação de ajuda seja estabelecida e o sujeito dos cuidados compreenda e sinta que estão a ser respeitados os seus princípios e mantida a sua respectiva integridade.

Apreende-se, assim, que para Frias (2001), o cuidado espiritual se reporte a toda a acção empreendida no acto de cuidar, conduzido pelo respeito dos valores e crenças pessoais, com a certeza de que constituem uma verdade absoluta na afirmação das necessidades de cada indivíduo, na aceitação face às perspectivas individuais e nas atitudes extensas durante a sua vida. O acto reveste-se, todavia, também da ajuda,

por parte dos enfermeiros, no sentido de encontrar significados nas experiências da vida, bem como, nas situações de crise e de sofrimento. O enfermeiro tem de associar, à sua forma de cuidar, as necessidades psicológicas e espirituais dos clientes. O cuidar assume, em todo o sentido, um papel, não apenas atenuante do sofrimento, mas também, estabelecedor de uma relação empática com o cliente e família, permitindo que seja exteriorizada a necessidade de se expressar e permitindo-lhe encontrar um significado nas experiências de vida, como sejam a sua doença terminal, a dor e o incontornável sofrimento.

De facto, os enfermeiros ocupam a melhor posição para partilhar este aspecto importante dos cuidados de enfermagem, ouvindo e comunicando, podendo assim cuidar dos clientes através da afirmação e aceitação do seu valor como seres humanos. O cuidar espiritual distingue-se pelo reconhecimento atribuído a todas as acções empreendidas no acto de cuidar, direccionadas ao respeito dos valores e crenças pessoais.

Os cuidados espirituais ao cliente revêem-se numa prestação de cuidados com o intuito de amenizar a angústia espiritual. A North American Nursing Association, por exemplo, em referência aos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] (2000), refere-se à angústia espiritual como um *“distúrbio no princípio vital que permeia todo o ser de uma pessoa e que integra e transcende a sua natureza biológica e psico-social”* (p. 72). Também, Tu (2006), numa interpretação à NANDA, acentua que o sofrimento espiritual assenta em *“disruption in the life principle that pervades a person’s entire being and that integrates and transcends one’s biological and psychosocial nature”*¹⁸ (p. 1031).

Desta forma, torna-se relevante mencionar que o sofrimento espiritual determina um estado no qual os clientes mostram-se incapazes de executar as suas necessidades em relação ao amor, à esperança, ao significado em si, ou em situações onde exista um conflito interior entre as crenças e as experiências pessoais. Contudo, desenvolver cuidados espirituais torna-se para os enfermeiros parte integrante do seu dia-a-dia, permitindo-lhes oferecer mais do que os cuidados físicos a clientes que sofrem acerca da sua condição médica. São, no entanto, os presentes cuidados que marcam a diferença, facilitando um crescimento que se transforma diariamente em força espiritual com a qual o cliente suporta o seu percurso pela situação que o afecta encontrando, ao mesmo tempo, instrumentos para enfrentar a morte (Skalla & McCoy, 2006). O cuidar espiritual distingue-se, pois, pelo reconhecimento atribuído a todas as

¹⁸ Uma interrupção nos princípios da vida que atravessam todo o ser humano e que integram e transcendem, em cada indivíduo, a natureza biológica e psico-social (Tradução da Autora).

acções empreendidas no acto de cuidar, direccionado ao respeito dos valores e crenças pessoais, devendo o enfermeiro considerar o vasto número de histórias de vida de cada cliente, os seus sucessos e fracassos, alegrias e tristezas, assim como, os diversos momentos de força e fraqueza.

Nesta etapa do conhecimento, as necessidades espirituais dos clientes tornam-se uma área importante na enfermagem, pois, a acção da enfermagem não consiste apenas em fazer bem aos clientes, ou trabalhar para a prevenção de situações, mas também, colaborar com aqueles que saudáveis ou doentes centralizam a sua força interior, na medida em que evoluem para níveis superiores de consciência. Consequentemente, o cliente pode expressar necessidades espirituais de forma subjectiva nas interacções que ocorrem durante a prestação de cuidados diários, devendo o enfermeiro estar atento e apto para avaliar as expressões subtis das referidas necessidades de modo a poder intervir. Alguns desses sinais evidentes manifestam-se pelo medo de ficar só, o receio da negligência, a apreensão de perder a capacidade de empregabilidade, o choro, o isolamento, as solicitações frequentes, as expressões de sentimentos de culpa, a rejeição, o desespero e a demonstração de carência afectiva (Frias, 2001). Na análise da situação, Black e Matassarini-Jacobs (1996) classificam o sofrimento espiritual como resultado de várias condições, tais como a separação de laços religiosos ou culturais, a mudança no sistema de crenças e valores ou o resultado de uma situação de doença. O sofrimento espiritual pode-se, portanto, manifestar também através da apatia, expressões de raiva e ressentimento contra figuras religiosas e, em consequência, os clientes podem até mesmo interromper a sua participação em práticas religiosas habituais, como forma de revolta. Deve ser, precisamente neste momento, que os enfermeiros devem encontrar o caminho mais directo para chegar à proximidade da pessoa. O alívio do sofrimento tem sido sempre o fundamento da prestação de cuidados, pois o sofrimento atribui à prestação de cuidados o seu próprio carácter e identidade.

Quando o enfermeiro descobre um caminho que lhe permite chegar mais perto do íntimo dos clientes, atende obviamente a algumas das necessidades e o retorno é, normalmente positivo, traduzindo-se pela serenidade e competência com que desempenha as suas funções e na confiança manifesta pelos clientes que são os receptores da própria ajuda. Nos momentos presentes, de entrega e partilha, o enfermeiro deve procurar orientar os clientes para o seu objectivo de vida e, em consequência, auscultar o sentido que pelos clientes lhe é atribuído. Lourenço (2004) afirma que os problemas são melhor entendidos e superados *“quando está presente a satisfação da necessidade espiritual”* (p. 109). Ainda para a autora, algumas das necessidades que estão directamente relacionadas com a dimensão da

espiritualidade, de forma sucinta, são primeiro a necessidade de um significado para a vida. Acontece em muitas circunstâncias, em situação de crise, o cliente encontrar um objectivo específico para a sua vida, mas questionar-se sobre o que deverá fazer para dar o verdadeiro significado à vida. Em segundo lugar, a necessidade de amor e relacionamento pode ser analisada de duas formas distintas, sendo uma vertical (uma força superior que orienta a vida do indivíduo) e outra horizontal (em que a vida do cliente é influenciada pelas outras pessoas e pelo ambiente). Desta forma, torna-se evidente que a vida pessoal de cada cliente é influenciada pelos seus valores superiores (dimensão vertical), bem como, pelas interacções com os outros, ou seja, pelas relações humanas que mantém (dimensão horizontal). Quanto à necessidade de perdão, quer na dimensão vertical ou horizontal, torna-se uma necessidade espiritual. O perdão pode desenvolver um efeito terapêutico no cliente, pois quando o perdão ocorre em relação a algo ou alguém, avista-se um horizonte de bem-estar holístico, que através da cura de situações referentes a humilhações e ofensas esquecidas pode ser atingido. Por fim, a necessidade de ter esperança revela um desejo de um futuro bom, por isso, é importante que os enfermeiros compreendam que essa esperança deve-se basear em factos reais do passado ou do presente. O objectivo e a determinação que o cliente deposita na própria esperança podem ser concretos, através de experiências individuais, ou abstractos, através de um desejo ou de uma expectativa que vai para além da existência material (Bolander, 1999). O próprio testemunho pode ser dado com uma afirmação de crença em relação à ressurreição após a morte, uma das formas, associadas à fé religiosa, de suportar o sofrimento e contrariedades da vida. Uma manifestação de fé pode também servir de alimento ao organismo espiritual, mas mesmo os que não acreditam em Deus, em algumas circunstâncias, necessitam de algo que os ajude espiritualmente. Entre outras manifestações, Hermann (2001), num estudo realizado com clientes internados em fase terminal, identificou e classificou as necessidades espirituais, subscrevendo as mais referidas: a necessidade de envolvimento e controle; a necessidade de companhia; a necessidade de terminar alguma tarefa interrompida; a necessidade de praticar uma religião; a necessidade de experimentar de perto a natureza e a necessidade de observações positivas por parte de outros. Todavia, segundo Dover e Bacon (2003), é importante verificar a consciencialização dos clientes, salvaguardando a existência da consciência das próprias necessidades espirituais, pois recai, porventura sobre os enfermeiros, a perspectiva do reconhecimento dos sinais que podem advir das necessidades espirituais consideradas fundamentais para o processo de cuidados espirituais.

O ser humano, segundo Lourenço (2004), envolve-se numa necessidade extrema de acreditar em algo e, muitas vezes, são em situações de crise que aqueles que não acreditam se convertem e passam a ter fé, a aceitar as formas de alimentação espiritual. Para Bolander (1999), a fé é tida como uma presença constante nas pessoas, quer elas sejam religiosas ou não. Ela é um atributo pessoal que dá sentido à vida e que transpõe a capacidade de ter e manter o sentido da vida. Faz, pois, parte integrante da espiritualidade, sendo o apoio espiritual essencial nas situações de doença. Em vez de procurar assumir o controlo da situação, a fé, de acordo com Koenig (2002)¹⁹, permite aos clientes abdicar desse controlo e depositar em Deus as respectivas responsabilidades, assentes no seu amor, sabedoria e conhecimento único acerca do momento e da pessoa.

Importa, contudo, consciencializarmo-nos que a dimensão espiritual, como parte integrante de cada pessoa, é vivenciada de forma muito intrínseca. Numa situação particular de confronto com o diagnóstico da doença, quando se perde a esperança de viver, ou quando se sabe ou pressente a morte como um facto iminente, o indivíduo desencadeia de uma forma mais consciente o aprofundamento da espiritualidade. Ao lermos Reed (1991), verificamos que as pessoas com diagnóstico terminal, expressam as suas necessidades, requerendo uma intervenção de enfermagem focalizada na criação de um ambiente físico adequado à livre expressão espiritual, permitindo não só algum repouso pessoal, como também a possibilidade da permanência dos familiares mais próximos.

Os enfermeiros estão numa posição privilegiada de modo a ajudar as pessoas a lidarem com as necessidades espirituais. Assim, pertence a todos a promoção dos cuidados, ao longo de todo o ciclo vital da pessoa, ajudando-a a descobrir o seu potencial em todas as dimensões. Cuidar de uma pessoa em fase terminal inclui proporcionar-lhe uma assistência humana com base na compreensão, certificando-lhe qualidade de vida e ajudando-a a viver melhor até que o seu fim se aproxime lentamente. Todavia, ao analisarmos o trabalho de Hermann (2001), embora numa realidade geográfica e culturalmente diferente, importa estarmos atentos à constatação de que as intervenções de enfermagem relacionadas com a espiritualidade são pouco promovidas, em virtude de se verificar uma falta de formação relativamente aos cuidados espirituais por parte do corpo de enfermagem. O facto, segundo a autora, poderá ser devido à confusão estabelecida entre a religião e a espiritualidade. Para a evitar, torna-se imperioso que os enfermeiros considerem importante a identificação das necessidades espirituais dos clientes. Hermann (2001)

¹⁹ O autor do artigo baseia a expressão na sua tendência religiosa judaico-cristã.

assinala que para colmatar as necessidades do cliente não existe uma regra, nem uma forma única de o fazer, pois de acordo com a sua variedade, também os recursos para as satisfazer assentam em diferentes estratégias.

No entanto, Bolander (1999), refere que a procura de cuidados espirituais, por parte dos clientes, está fortemente associada às práticas e crenças religiosas. Por esta razão, é importante que os enfermeiros possuam conhecimento acerca de várias religiões e respectivas práticas, de modo a poderem ajudar o cliente na satisfação das suas necessidades espirituais, atendendo-as ou solicitando ajuda para que sejam atendidas e respeitadas. Quando a necessidade espiritual é manifesta, em muitas das circunstâncias, o guia espiritual (por exemplo o capelão, para os clientes católicos) desempenha a acção predominante do atendimento, pelo facto intrínseco à sua missão de assistência espiritual dos clientes internados. Contudo, assumirmos a consciência que muitas das manifestações espirituais dos clientes e famílias podem ser atendidas pelos enfermeiros é permitir uma garantia de proximidade e, acima de tudo, de um aprofundamento holístico da profissão de enfermagem.

Claro que a reflexão acerca da missão dos enfermeiros, no âmbito da intervenção espiritual, poderá permitir pertinentes resistências, contudo, para que os enfermeiros consigam implementar o cuidado espiritual é extremamente importante que possuam a sua própria espiritualidade para aceitar a do outro, ou mesmo não a tendo, é necessário conhecê-la e entender a espiritualidade humana, o que proporciona o conhecimento de algumas crenças e práticas religiosas que integram a dimensão espiritual do próprio cliente (Lourenço, 2004). O enfermeiro precisa de estar aberto às suas próprias experiências de vida, continuar a sua própria busca do significado da vida e cuidar do seu próprio espírito, ajudando, deste modo, os clientes a crescerem como pessoas e a aceitarem as dificuldades. Assim, para compreender o que são cuidados espirituais, Wright (2005) legitima-se a descrevê-los como uma forma interactiva de ajudar a pessoa a descobrir o significado e objectivo pessoal no contexto da sua experiência de doença, envolvendo o sentimento de compaixão e ligação. Também, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem [NIC], o cuidado espiritual assenta na assistência coesa e equilibrada com um poder maior, manifestando-se no apoio espiritual, a facilitação do crescimento interior e a prevenção de dependência religiosa (McCloskey & Bulechek, 2004).

No contexto da doença terminal, o trabalho de enfermagem desenvolve-se com o propósito de proporcionar o mais alto nível de bem-estar físico, psicológico, social e, decididamente, espiritual. Os enfermeiros, entre outras acções não menos significativas, oferecem um gesto carinhoso, uma presença silenciosa, uma oração, ou

se os clientes preferirem, proporcionam-lhes a possibilidade de falarem com um membro da sua Igreja.

Desta forma e com o intuito de atender às necessidades de bem-estar espiritual dos clientes, principalmente dos clientes em fase terminal, é importante que os profissionais de saúde realizem também uma avaliação pormenorizada, por uma lado, das alterações psicológicas, nomeadamente, acerca dos estados de depressão, da baixa de auto-estima e de outros sentimentos de insegurança que, por consequência, podem debilitar o espírito, e, por outro, das alterações fisiológicas e das alterações corporais que podem evoluir para situações de desespero. Neste sentido, o cuidado espiritual não deve ser independente dos cuidados fisiológicos e psicológicos, mas um complemento ao cuidado, distinguido pela astúcia e perspicácia do profissional de saúde. Na opinião de Riley (2004), regista-se a presente interdependência, uma vez que afirma, relativamente aos cuidados espirituais, a complementaridade entre a *“forma como se faz o que se faz”* (p. 222), pois, consistem numa atitude espontânea de abertura à experiência partilhada da condição humana. Assim, a identificação de necessidades e preocupações espirituais dos clientes e suas famílias, bem como, a resposta adequada, só é possível quando o enfermeiro está familiarizado e preparado para lidar com as situações. A capacidade implica, portanto, sensibilidade para lidar com as necessidades espirituais e experiência na promoção de intervenções apropriadas. Para que se desenvolvam relações terapêuticas é fundamental que os profissionais de saúde tenham a capacidade e a maturidade de integrar à sua vida, pessoal e profissional, o sofrimento e a espiritualidade (Azevedo, *et al.*, 2005).

Nos tempos de hoje, em que exercício profissional assenta em princípios holísticos, a prática de enfermagem deve envolver-se no compromisso de respeitar os valores, costumes e religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico do Enfermeiro, solicitando sensibilidade por parte dos enfermeiros para lidar com as diferenças, tendo presente que bons cuidados de enfermagem tem significados diferentes para diferentes pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Assim, para uma prática de cuidados holísticos, o enfermeiro deverá estar consciente da espiritualidade e padrões culturais de cada cliente, prestando cuidados individuais que se identifiquem com as preocupações do cliente, ou seja, que respeitem as questões culturais, as étnicas e/ou as religiosas, cumprindo-se, desta forma, o artigo 2º da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.²⁰

²⁰ Artigo 2º – “O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.

As pessoas que se debatem com problemas espirituais, mais do que qualquer outras, são aquelas a quem foi diagnosticada uma doença terminal e é para essas pessoas que os enfermeiros têm de encontrar um tempo extra das actividades diárias, de forma poderem ouvir as suas preocupações (Fryback & Reinert, 1999). Ser cuidador de uma pessoa na sua fase terminal torna o enfermeiro mais consciente de que cada ser humano é único e merece uma atenção especial na sua humanidade absolutamente original. Perante um cliente em fase terminal, o enfermeiro terá que parar, mostrar disponibilidade, acompanhar, aproximar, escutar, partilhar e acolher o sofrimento da pessoa que vai morrer. Morrer com dignidade é um direito do cliente terminal, por isso, os enfermeiros, no exercício competente da sua arte devem assumir o desafio com maturidade e respeito pela individualidade do cliente.

3.3. Estratégias adaptativas do cliente terminal

Para poder interagir com a pessoa doente, muitas vezes, é necessário compreender os meios de adaptação face à vida e às suas dificuldades, às defesas que são construídas para auto-protecção em relação aos julgamentos de outros, às suas próprias emoções e ansiedades. Os métodos utilizados pelo ser humano são diversos, alguns favorecem a adaptação, como o humor, a fantasia ou o altruísmo, enquanto que outros, manifestam-se como escudos contra a ansiedade, a perda de auto-estima e o sofrimento (Phaneuf, 2005).

Quando um indivíduo é confrontado com eventos da sua vida, avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a procurar gerir e ajustar-se aos próprios acontecimentos. Em muitas circunstâncias, no processo de acomodar a sua vida ao acontecimento, de modo a lidar com as exigências internas e externas da relação pessoa-ambiente, o indivíduo desenvolve estratégias cognitivas e comportamentais denominadas por estratégias de *coping*²¹ (Tap & Alves, 2005). Assim, tendo em linha de conta que as pessoas não são todas iguais, um acontecimento pode perturbar significativamente um indivíduo e pode ser indiferente para outro, existindo uma larga variabilidade entre os acontecimentos impulsores de *stress* e de vulnerabilidade.

Actualmente, quando nomeamos o termo *coping* fazemos referência às estratégias que são utilizadas pelas pessoas para lidar com as situações indutoras de *stress*, o que conduz a uma interligação entre os dois conceitos (Serra, 1999).

²¹ Em Portugal, a palavra “coping” faz parte do vocabulário da Psicologia, tal como a palavra “stress”. Há autores que a utilizam, enquanto outros apresentam a respectiva tradução. Cf. Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.

Deste modo, um acontecimento é encarado como gerador de *stress* se provocar danos, perda ou desafio, e neste caso, os sujeitos procuram agir com o intuito de dominar a situação ou controlar as emoções provocadas pelo sucedido. Como menciona Ferreira (2006), foi através da investigação psicológica acerca do *stress* que se averiguou que o processo intrínseco ao conceito não é apenas um mecanismo automático de estímulo-resposta, mas a permanente existência de factores intermediários que podem intervir. Um estudo acerca dos factores intermediários permitiu que surgisse o conceito de *coping* como componente integrante do conceito de *stress*. A utilização do termo *coping*, como conceito inerente à área da psicologia, de forma diferenciada, tem um passado recente. Snyder e Dinoff (1999), referem que apenas na década de sessenta (Séc. XX), mais especificamente em 1967, surgiu, pela primeira vez, o conceito de *coping* nos *Psychological Abstracts.*, proporcionando, desde o momento, um interesse considerável pelo estudo acerca das suas implicações.

Deste modo, em relação à definição de *coping*, também Ribeiro (2005), refere-se a um factor estabilizador, ou seja, faculta a adaptação individual ao confronto com situações ou momentos de *stress*. Segundo Oliveira (1998), o *coping* revela-se como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo, que constituem um processo para combater ou gerir solicitações específicas excessivas.

Lazarus e Folkman (1986) descrevem o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que se encontram em permanente mutação, com o objectivo de defrontar as exigências internas ou externas que são avaliadas, atingindo ou ultrapassando os recursos da pessoa. Ainda, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2006), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] – versão 1, o conceito de *coping* é definido como uma:

“(...) atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress, que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (p. 80).

Recorrendo a Folkman (1984), para compreender o conceito numa análise mais profunda, o *coping* começou a ser reconhecido como um processo dinâmico de transacção cognitiva, entre o indivíduo e o meio ambiente, no contexto específico em que o ser humano se situa. Este facto, por um lado, ajudou a que o conceito se

libertasse do modelo dinâmico e, por outro, em relação ao *stress*, permitiu que deixasse de ser considerado uma resposta automática perante as circunstâncias nocivas do meio ambiente, para lhe ser atribuída uma dimensão humana de avaliação. O *coping* é, portanto, considerado como uma forma de adaptação a uma situação difícil, implicando, por um lado, a existência de um problema real ou imaginário e, por outro, a capacidade de resposta do indivíduo para suportar o acontecimento ameaçador (Melo, 2005). Paralelamente, ao falar de *coping*, deve-se considerar, também, a denominação de estratégias de *coping*, definidas por Lazarus e Folkman (1986) como sendo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo. As presentes estratégias reflectem-se sobretudo numa actividade ou num modo de pensar, o que significa que as respostas desenvolvidas por um indivíduo, para confrontar-se com uma situação instigadora de *stress*, podem ser de natureza afectiva ou comportamental. Assim, pode-se considerar duas funções primordiais do *coping*. A primeira é a regulação da resposta emocional que surge em consequência do agente causador de *stress*, denominada por *coping* focado na emoção, enquanto que, a segunda, assenta na manipulação ou alteração do agente causador de *stress* que se denomina por *coping* focado no problema (Ferreira, 2006).

No contexto de hospitalização, o *coping* focalizado no problema consiste em pôr termo às emoções conotadas de negativas, recorrendo a diversas alternativas para as modificar, evitar ou para diminuir a situação ameaçadora. A focalização no problema pode ser fulcral para que o cliente consiga lidar com a sua doença com sucesso, pois é caracterizada pela manifestação de busca de conhecimento acerca da sua situação clínica. Esta busca, incessante de informação, pode, por um lado, anunciar alguma tranquilidade quando o emissor de informação é equilibrado e compreensível ou, por outro lado, pode levar à confusão, se a informação clínica obtida gerar confusão e equívocos. De acordo com Gameiro (1999), a focalização no problema “*organiza-se em função de uma acção directa sobre o problema, assumindo mudanças comportamentais ou intervindo de modo a alterar o meio*” (p. 55).

Reconhece-se que no *coping* focalizado no problema, alguns clientes são muito activos, enquanto que outros são mais passivos. Em ambos os casos, para Maex e Valck (2006), as estratégias adoptadas pelo cliente devem ser compreendidas e respeitadas.

No caso do *coping* focalizado na emoção, Melo (2005) descreve-o como o tipo de *coping* paliativo, podendo gerar resultados positivos ou negativos. As estratégias

utilizadas apontam para a restrição da disfunção emocional causada pelo acontecimento e focalizam-se na minimização das implicações emocionais secundárias ao agente causador de *stress*. Consiste, portanto, em moderar ou eliminar as emoções desagradáveis, recorrendo a mecanismos, nomeadamente, estratégias de evitamento, distanciamento, atenção selectiva, comparações positivas ou procura constante de significados positivos nos acontecimentos negativos (Ferreira, 2006). Perante os factos, o enfermeiro deve, como parte integrante do plano de cuidados, respeitar a escolha das estratégias adoptadas pelo cliente, pois, só deste modo, pode encaminhar o cliente a ampliar e adoptar outras estratégias de *coping*, também benéficas perante a situação.

Desta forma, o profissional de saúde reflecte o desenvolvimento do processo de *coping* no cliente, ou seja, reflecte o conjunto de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais que desenvolve para lidar com as experiências quotidianas. Ao abordar o processo de *coping* de cada cliente, o enfermeiro deve ter em consideração a influência da sua cultura, uma vez que pode moldar a forma de avaliação da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo e as estratégias que podem ser privilegiadas em determinado contexto sociocultural (Faria & Seidl, 2005).

Num contexto de doença terminal, decorrente de um profundo impacto causador da forma como os indivíduos percebem o ambiente e a si próprios, são várias as estratégias de *coping* utilizadas. Para Shontz, os indivíduos, ao depararem-se com uma doença grave ou incapacitante, desencadeiam uma série de etapas de *coping* após tomarem conhecimento do seu diagnóstico (1982). A primeira etapa é o choque, vivido pela maioria das pessoas após o diagnóstico de uma doença grave. Caracteriza-se pelo estado de estupefacção e desorientação, no qual o cliente permanece, conjugando comportamentos automatizados com sentimentos de indiferença em relação ao acontecimento. A segunda etapa é a reacção de defrontar que Shontz afirmou caracterizar-se por um pensamento mal estruturado e sentimentos de perda, luto, desamparo e desanimo. Por último, a terceira etapa do processo de lidar com uma doença grave denomina-se de retraimento e caracteriza-se pela própria negação do problema e das suas implicações na vida, promovendo uma interiorização profunda.

A investigação de Shontz foi desenvolvida com clientes hospitalizados e sugeriu que, uma vez alcançada a terceira etapa, os clientes poderão lidar de forma gradual com a realidade do seu diagnóstico. O processo de *coping* inclui, assim, um esforço contínuo entre o confronto e o retraimento e, a última etapa, vai-se desvanecendo a favor de uma crescente reorientação e reconhecimento da realidade (1982).

A percepção de uma situação de doença terminal acarreta para o cliente um estigma ameaçador. Na realidade, a situação provoca alterações ao nível cognitivo, afectivo e comportamental, bem como, transformações na vida pessoal, social e profissional. Trata-se de uma situação singular de luto em que o cliente se vê confrontado com a perda de si ou de partes de si (Marques *et al.*, 1991). Nestas circunstâncias, julgamos importante enunciar os factores influentes nas estratégias de *coping* adoptadas por indivíduos com diagnóstico terminal, nomeadamente, os factores relacionados com a doença, os factores individuais e os factores sócio-culturais. Santos (1995) descreve-os como:

“aspectos relacionados com a doença (tipo de doença, estágio de evolução, sintomas, tipos de tratamento, opções de reabilitação), com o indivíduo (a sua idade, experiências e modos de agir prévios, mecanismos de defesa utilizados, crenças e valores, nomeadamente religiosos), com o contexto sociocultural e o significado da crise de vida em termos de ciclo de vida” (p. 3).

Os factores socioculturais, anteriormente referidos, prendem-se com as atitudes da comunidade e os seus recursos disponibilizados, ou seja, a maior ou menor protecção que é facultada ao cliente, a estigmatização e/ou penalização económico-social a que é sujeito (Marques *et al.*, 1991).

Deste modo, numa situação de doença grave, a não adequação das estratégias utilizadas pelo cliente poderá contribuir para uma vivência mais dramática, com modificações emocionais, cognitivas e comportamentais, promovendo as situações de ansiedade, depressão, entre outras.

Assim, o processo de *coping*, numa vertente espiritual, determina as estratégias cognitivas ou comportamentais do indivíduo para lidar com situações causadoras de *stress*. Esta necessidade deve-se ao facto do indivíduo, ao longo da sua vida, depara-se com desafios, angústias e mudanças que lhe permitem mover para além das suas próprias capacidades, levando-o a um processo dinâmico de adaptação, no qual as suas crenças e manifestações espirituais podem estar inseridas. Para tal, o apoio singularizado e contextualizado de forma holística pelo enfermeiro, através de uma intervenção cognitiva comportamental pode, certamente, auxiliar os clientes a lidar de uma forma mais adequada com a situação de doença, contribuindo para que vivam da melhor forma os momentos da sua própria vida.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Após o desenvolvimento do enquadramento teórico, inerente à temática em estudo, passaremos a descrever a metodologia utilizada. A fase metodológica de uma investigação refere-se, pois, à escolha de um desenho apropriado com a determinação de um método, à descrição da população e da amostra, à definição da técnica de colheita de dados, bem como, à respectiva análise dos resultados obtidos (Fortin, 1999).

O reconhecimento das diferenças culturais como diferenças significativas para demarcar fronteiras sociais tem-se progressivamente desenvolvido visando como horizonte o olhar relativo da antropologia. Deste modo, as diferenças culturais deixam de constituir posições no limiar das circunstâncias históricas da civilização e passam a ocupar um lugar de atributo universal da humanidade.

Para Leininger (1998), os enfermeiros da actualidade e do futuro têm que possuir conhecimentos e aptidões que lhes permitam interagir com clientes de diversas culturas e com diversos estilos de vida, diferentes crenças e diferentes expectativas face aos prestadores de cuidados de saúde. É uma face importante dos cuidados de enfermagem porque o ser humano, numa visão holística, é muito mais do que apenas um ser físico e mental – nasce, vive, casa-se, trabalha e morre, sempre numa envolvência cultural incluída de uma espiritualidade, religião, relação de parentesco, política e economia, ou seja, de aspectos relevantes e inerentes a diversidades culturais. Neste sentido, compreende-se que em Spradley (1980), a cultura traduz-se pelo conhecimento acumulado dos indivíduos utilizado para interpretar uma experiência e induzir um comportamento, de modo que engloba, segundo o autor, tudo aquilo que os indivíduos fazem, sabem e dizem.

Nesta perspectiva e considerando a problemática e os objectivos do estudo optámos por uma abordagem qualitativa. Pois, verificámos que o tipo de investigação, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), requer um conhecimento abrangente associado a uma compreensão e interpretação cuidada, precisa e profunda dos dados obtidos, dos factos relacionados com as interacções dos seres humanos entre si e na comunidade em geral.

Deste modo e com o intuito de compreender os significados da espiritualidade nos clientes em fase terminal, bem como, a sua manifestação no contexto hospitalar, a etnografia, como metodologia qualitativa, mostrou-se ser a que mais se adequava,

visto que possibilitava uma proximidade entre o investigador e o objecto de estudo. Revela-se assim, a etnografia, como um processo sistemático de observar pormenorizadamente, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou os modelos específicos de uma cultura com o intuito de apreender o modo de viver das pessoas nos seus próprios ambientes (Leininger, 1985a). Na área de enfermagem, a etnografia pode ser utilizada como recurso ao estudo de variações culturais nos comportamentos de saúde, mas também, como modelo de estudo das subculturas em contextos sociais mais amplos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Desta forma, num encontro com os objectivos delineados, necessitávamos de um plano metodológico que nos permitisse aprender “*about people by learning from them*”²² (Roper & Shapira, 2000, p. 1).

1.1 Opção metodológica: abordagem etnográfica

Tendo como objectivo geral neste percurso identificar e compreender as manifestações espirituais dos clientes em fase terminal, aquando do internamento, tornou-se pertinente a presença do investigador em campo. Escolhemos, porquanto, realizar um estudo de tipo etnográfico, baseado na etnometodologia, uma vez que a abordagem qualitativa de pesquisa oferece a possibilidade de reproduzir as actividades e o panorama dos actores sociais, de forma a evitar prévias concepções que, com frequência, os cientistas sociais transferem para a investigação (Hammersley & Atkinson, 1994).

Fortin (1999) refere que existem duas escolas de pensamento que predominam relativamente ao desenvolvimento do conhecimento, nomeadamente, a da filosofia relativa ao positivismo e a da filosofia relativa à corrente naturalista que, por sua vez, proporciona a concepção de paradigmas de investigação diferentes. Sendo um paradigma uma visão do mundo, o modo como visionamos a realidade vai determinar o desenho da investigação. Face ao desafio, perante a problemática em questão, os objectivos delineados e as questões de investigação, a opção metodológica recaiu num estudo descritivo, baseado no paradigma naturalista com orientação etnográfica. É de sublinhar ainda que, por ser um tema relativamente recente na bibliografia portuguesa, pretendemos com esta pesquisa proporcionar uma maior familiaridade com o assunto e torná-lo mais explícito, tratando-se, assim, de um estudo com características exploratórias (Gil, 1991).

Revela-se então uma preocupação fundamental da etnografia descobrir o conhecimento cultural dos indivíduos e a forma como utilizam o conhecimento na organização dos seus comportamentos, interpretação de experiências e significados atribuídos às acções, quer seja através da linguagem, quer seja através das acções.

²² Aprender sobre as pessoas aprendendo com elas. (Tradução da Autora).

Admitindo uma filosofia semelhante, Spradley (1980) refere que a etnografia, além da utilização organizada de comportamentos culturais, é mais do que o estudo sobre pessoas, significa, pois, aprender com as pessoas e tendo como pilar fundamental a preocupação com os significados das acções e acontecimentos que as próprias procuram compreender. Ainda com base numa reflexão pessoal sobre a prática de enfermagem, assente na humanização dos cuidados, denota-se que, para além da importância do conhecimento das ciências biomédicas, é também fundamental o saber nas áreas das ciências humanas e sociais, visto que o fundamento primordial dos cuidados de enfermagem é o Homem enquanto ser relacional e aculturado. O contributo da etnografia para a enfermagem revela-se, portanto, como uma hipótese de promover a compreensão do significado dos cuidados de saúde, de modo a proporcionar conhecimentos úteis à promoção de uma mudança cultural que aperfeiçoe os sistemas da prática de enfermagem (Munhall & Oiler, 1993).

Desta forma, a enfermagem transcultural para Leininger (1998), como área principal da enfermagem, valoriza a análise de culturas e subculturas diferentes em relação aos seus valores do cuidar, expressões e crenças de saúde e doença, com o objectivo de desenvolver conhecimentos nas áreas da ciência e da humanidade, de modo a promover a prática de enfermagem apropriada à cultura de cada cliente, utilizando os conhecimentos desenvolvidos para praticar um cuidar culturalmente congruente e responsável. Neste propósito, a enfermagem deve trabalhar para mudar a sua visão e permitir a apreciação da sua arte, humanidade, assim como a sua ciência. Igualmente, possui e desenvolve os seus fenómenos próprios, requer a sua própria descrição e possui um método próprio para poder clarificar os seus conceitos, significados, contextos e relações (Watson, 2002). Deste modo, o uso da abordagem etnográfica permite aos enfermeiros a oportunidade de explorarem, *in loco*, de forma holística, a natureza da sociedade e de questionarem assuntos, pertinentes e actuais, para a prática de enfermagem.

Compreendemos, pois, que a prática de enfermagem é por si só interactiva e complexa, ocorrendo em diversos contextos, fazendo-se notar na área de investigação uma necessidade para direccionar a prática e compreender os contextos, as pessoas e as suas interacções. A metodologia utilizada na etnografia proporciona a presente perspicácia, revelando paralelismos entre o método de investigação em causa e a prática de enfermagem. Mas, numa linha de complemento necessário, a pesquisa desenvolvida sob a vertente da etnoenfermagem²³ é um método recente para a

²³ Etnoenfermagem é um termo criado por Leininger que tem na sua formação o prefixo, proveniente do grego, “ethnos” que significa povo ou características de um grupo e o sufixo “enfermagem” que, segundo a

maioria dos enfermeiros investigadores tendo o método sido desenvolvido e utilizado por Leininger, entre outros, há já alguns anos. A etnoenfermagem como método de investigação utiliza a informação “*emic*”²⁴ (interior) e, frequentemente, alguma informação “*etic*”²⁵ (exterior), convidando o profissional de saúde a manter-se atento às múltiplas influências que ajudam a explicar, interpretar e descrever os factores dos cuidados culturais. A própria metodologia descreve o profissional de saúde como um instrumento para a colheita de dados.

Neste sentido, os métodos utilizados em enfermagem para a tipologia de investigação presente são extremamente preciosos, pois, permitem ao investigador obter factos, sentimentos, perspectivas e outro tipo de dados que revelam o verdadeiro mundo, verdades e modos de viver das pessoas. Permitem, ainda, ao investigador, obter dados extremamente ricos acerca dos locais, símbolos, rituais e padrões das pessoas. Quer a etnografia, quer a etnoenfermagem, ajudam o investigador a penetrar no mundo dos informantes e perceber a sua visibilidade do mundo, compreensão, atitudes e modos de vida (Leininger, 1985a). Assim, para a mesma autora, ambos os métodos permitem ao investigador uma proximidade com o informante, quer seja no seu dia a dia, quer seja num ambiente hospitalar, revelando uma maior congruência com a ambição da enfermagem em proporcionar cuidados globais, personalizados, ou seja, cuidados holísticos, promovendo, neste sentido, a aproximação da enfermagem aos verdadeiros estilos de vida das pessoas, de forma a proporcionar assistência nas necessidades de saúde pertinentes.

Mas, apesar das semelhanças, existem diferenças muito específicas que reforçam o uso da etnoenfermagem como a metodologia de base para estudar fenómenos de enfermagem. Assim, Leininger definiu etnoenfermagem “...as the study and analysis of the local or indigenous people’s viewpoints, beliefs, and practices about nursing care phenomena and process of designated cultures”²⁶ (1985a, p. 38), transformando-se num método utilizado para explicar e documentar dados específicos dos cuidados de enfermagem acerca dos clientes e situações de saúde e doença.

Neste sentido, para uma melhor compreensão do contributo da investigação etnográfica em enfermagem, Munhall & Oiler (1993) referem que, além de possibilitar

mesma autora, foi fundamental para centrar a investigação dos fenómenos de enfermagem, nomeadamente nos aspectos humanos dos cuidados de saúde, em diferentes contextos culturais.

²⁴ “Emic” refere-se à descrição do comportamento de determinado grupo cultural, através da utilização de conceitos e linguagem própria dessa cultura. Cf. Parreira, M. V. B. C. (2000). A investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica. *Investigação em Enfermagem*, 2, 39-48.

²⁵ “Etic” refere-se às manifestações do comportamento que são explicadas e interpretadas segundo a perspectiva teórica e da linguagem do investigador (*Ibidem*).

²⁶ Como o estudo e a análise, no próprio contexto natural da investigação, com o intuito de observar as manifestações, crenças e práticas relativamente a fenómenos implícitos aos cuidados de enfermagem em determinadas comunidades. (Tradução da Autora).

o desenvolvimento de hipóteses para estudos posteriores, pode também promover a compreensão do significado dos cuidados de saúde, proporcionando conhecimentos úteis à promoção de uma mudança cultural que melhore os sistemas da prática actual.

De modo a compreender substancialmente o respectivo método, julgamos necessário enquadrá-lo no contexto da Teoria dos Cuidados Culturais de Leininger que, arquitectada a partir da enfermagem, tem no cerne da acção os cuidados ao indivíduo de uma forma holística, mas desenvolvida a partir da antropologia tem como ponto fulcral a própria cultura. A síntese da cultura e dos cuidados fornecem, por conseguinte, uma base para o desenvolvimento da teoria com o intuito de desenvolver o conhecimento transcultural em enfermagem e assim proporcionar aos clientes cuidados de enfermagem culturalmente congruentes e sensíveis (Leininger, 1998). O modelo ilustra o diferencial conceptual, teórico e metodológico de pesquisa na análise e estuda da diversidade e universalidade do fenómeno de cuidar. Apresenta-se, porquanto, como um modelo de inovação, apesar de estar em estudo desde 1960, pois, concilia quer a teoria, quer o método, conseguindo diferenciar níveis de abstracção e aproximação metodológica. Assim, julgamos necessária uma reflexão sobre os princípios teóricos que assentam na visão global, na estrutura social, nos valores dos cuidados culturais, no ambiente, nas crenças, entre algumas outras dimensões que auxiliem, acima de tudo, a prestação de cuidados.

Focalizando o pensamento de Leininger, embora com uma visão menos transcultural e mais intercultural dos cuidados de enfermagem, Giger e Davidhizar, por meio do modelo transcultural desenvolvido, enfatizam, por outro lado, que cada indivíduo é culturalmente único e no contexto de prestação de cuidados de saúde, ao proceder-se ao *assessment*,²⁷ o enfermeiro deve ter em consideração seis fenómenos culturais, tais como, a comunicação, a organização social, o tempo, o espaço, o controle ambiental e as variações biológicas (Davidhizar & Giger, 2002). Nesta perspectiva, numa realidade em que cada vez mais os clientes integrados em comunidades específicas manifestam a sua diversidade cultural, é de extrema importância para os profissionais de saúde sentirem-se despertos para as crenças e para as práticas de saúde daqueles a quem prestam cuidados. Davidhizar, Bechtel e Giger (1998) referem também que:

“They must be aware that varying behaviors that are the products of past experiences and cultural beliefs may have a significant impact on how individuals

²⁷ O *Assessment* é uma técnica de colheita sistemática e deliberada de dados pelo enfermeiro para determinar o estado de saúde actual e passado do cliente, do seu estado funcional bem como do seu padrão de resolução de problemas presente e passado. Cf. Carpenito, J. J. (1997). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica* (6a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

*respond to treatment regimes and patient education. By using the assessment guidelines we have discussed, healthcare workers can provide care both efficiently and effectively*²⁸ (p. 25).

As autoras reforçam que os enfermeiros só poderão compreender o envolvimento dos cuidados de enfermagem se desfrutarem de conhecimentos sobre a cultura, valores culturais e diversidade cultural dos cuidados de enfermagem, tornando-se, pela acção, culturalmente adaptados. Assim, ao perspectivarmos a investigação, privilegiámos um contexto de múltipla subjectividade, construída e baseada numa interacção holística com o cliente, com o intuito de maximizar o conhecimento, promovendo, em todo o sentido, uma aproximação entre o pesquisador e os clientes (Polit, Beck & Hungler, 2004).

1.2 Contexto do estudo

O processo de cuidar, quer seja de indivíduos, famílias ou grupos, representa uma extrema singularidade para a profissão de enfermagem, não apenas pelo facto das transacções dinâmicas de humano para humano, mas também, em virtude dos conhecimentos requeridos, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro, no espaço e no tempo. Assim e tendo em linha de conta a problemática da investigação, bem como, as questões orientadoras e respectivos objectivos, torna-se pertinente o contacto directo do investigador com a situação no contexto intra-hospitalar, permitindo-lhe uma proximidade com o contexto em estudo, colocando-o no centro da “cena” a ser investigada. O estudo de uma cultura exige do investigador um grau de intimidade com os participantes que dele fazem parte e no contexto natural. Compreendemos, pois, como referem Streubert & Carpenter “colocar-se fisicamente nos ambientes da cultura em estudo é uma característica fundamental de todo o trabalho etnográfico” (2002, p. 163). Nesta linha de pensamento, Triviños (1990) menciona que cada grupo de indivíduos que está junto, durante um determinado período de tempo, desenvolve o seu mundo cultural. Assim, e de acordo com o mesmo autor, o hospital afigura-se como uma cultura onde coexistem várias subculturas. Conciliando a informação, Cardoso (2005) menciona também a importância da reflexão acerca da enfermagem como uma cultura profissional, num contexto sociocultural que é o hospital, considerando um serviço de internamento como uma subcultura, conforme supra mencionado. Pelo presente motivo e no

²⁸ Os profissionais devem estar cientes que os comportamentos, derivados de experiências anteriores, e crenças culturais, podem ter um impacto significativo sobre o modo como os indivíduos respondem ao tratamento, bem como, à educação dos mesmos. Utilizando as directrizes do assessment, que foram discutidas, os profissionais de saúde podem proporcionar cuidados tanto de forma eficiente como eficaz. (Tradução da Autora).

contexto dos cuidados, existem três tipos de culturas envolvidas, nomeadamente, a cultura profissional dos enfermeiros, a cultura dos clientes e a cultura do próprio contexto onde a prestação de cuidados tem lugar (Holloway & Wheeler, 1996). É assim importante compreender o contexto local do serviço onde se realiza o estudo, de modo a poder-se interpretar melhor as características específicas dos clientes admitidos com diagnóstico de doença avançada sem possibilidade de cura. Então, o serviço pode ser apresentado de forma sucinta e não dando destaque a nenhuma estrutura em específico, pois, o estudo decorreu de forma aleatória nos quartos dos clientes e em algum momento específico na denominada sala de tratamentos do Serviço de Medicina III do Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada. Assim, a compleição física do serviço assenta num corredor ao centro em que, do lado esquerdo se situam as áreas de serviço e do lado direito as unidades de internamento com as respectivas casas de banho. As unidades de internamento estão divididas nos quartos números um e dois, por unidades com três camas cada, uma casa de banho e um duche, destinadas a clientes do sexo feminino. Os quartos número três e número quatro são unidades com seis camas cada, uma casa de banho e um duche, sendo o quarto número três definido para clientes do sexo masculino e o quarto número quatro com o mesmo equipamento destinado a clientes do sexo feminino. Nos quartos seguintes, números cinco e seis repete-se a mesma tipologia dos quartos números um e dois e são destinados a clientes do sexo masculino. Os quartos números sete e oito estão equipados com unidades de uma única cama e casa de banho privativa, sendo muitas vezes utilizados para clientes em fase terminal, de forma a permitir um acompanhamento mais retirado e aproximado por parte dos familiares. São também utilizados em caso de infecção por microrganismo multi-resistente, de forma a proteger os outros clientes no serviço. Por fim, a faixa do lado direito termina com um gabinete que é utilizado pelos médicos e que também possui casa de banho incluída.

Quanto à faixa do lado esquerdo, logo após a entrada, existe um *hall* que é muitas vezes utilizado por familiares de clientes para aguardarem a visita do médico assistente e, de seguida, uma arrecadação destinada à zona limpa do serviço, onde são guardadas as roupas de cama, cobertores, toalhas, entre outras. Logo depois encontramos o denominado “banho assistido” que possui uma banheira, permitindo que aos clientes da especialidade “X” ou “Y” façam os banhos prescritos. No compartimento seguinte, encontramos a denominada sala de tratamentos onde está guardado o carro de urgência do serviço e algum material mais utilizado num armário. Está equipada com uma maca e com um lavatório. É comumente utilizada, no serviço em questão, para a realização de alguns exames pontuais e esporádicos que surgem no serviço. Na secção seguinte, localizamos a área reservada aos enfermeiros

com uma zona equipada: um balcão para preparação de terapêutica e um lavatório do lado esquerdo. Possui, também, um balcão voltado para o corredor onde normalmente os familiares solicitam a comparência do enfermeiro para terem o conhecimento de algumas informações. Na sala seguinte, pela qual existe uma passagem interna da sala anterior, localiza-se a sala dos enfermeiros preparada com uma mesa e algumas cadeiras para a passagem de turno, o quadro com a informação dos clientes, tendo também uma porta para o corredor central. Em seguida, encontramos o gabinete da enfermeira-chefe e, posteriormente, a casa de banho do pessoal de serviço. Nos dois compartimentos seguintes localizamos a denominada “zona dos sujos” que se encontra equipada com um lavatório e um pequeno balcão. Aí permanecem também os caixotes do lixo e local para colocação de líquidos biológicos. Esta secção apresenta também uma abertura interna para a passagem do material para a zona limpa. Por último, existe no fim do corredor, na antepenúltima porta à esquerda, a arrecadação, onde encontramos armazenado o grande stock de material do serviço. A última porta na faixa da esquerda corresponde à porta de saída de emergência do serviço.

Pela descrição pormenorizada, pretende-se verificar que, em contextos específicos, o investigador, ao colocar-se no centro do campo da investigação, encontre informação pertinente que lhe permita a reconstrução e compreensão, de forma detalhada do que ocorre numa situação micro social, onde se prestam os cuidados de enfermagem. Noutros momentos, pretende-se, também, que o investigador, embora sujeito activo da realidade investigada, reflecta sobre a informação recolhida, de modo a aprofundá-las e a consciencializá-las objectivamente no desenvolvimento do trabalho aplicado e a aplicar (Goetz & Lecompte, 1988). Esta dualidade, de se assumir tanto como investigador como participante nas actividades, apresenta oportunidades para potenciar compreensões derivadas dos dados obtidos, construídas através de relações activas e recíprocas e por processos dialécticos de interacção no contexto. Para que o processo seja desenvolvido, de forma contínua e deixe de ser considerado como um objectivo distante, é fundamental o desenvolvimento de competências no âmbito do contexto comunicacional e relacional enfermeiro/cliente. Talvez a distância se relacione com a saliente representatividade da doença terminal na esfera sentimental, emocional e relacional, pois, quando um diagnóstico de doença terminal ocorre, o cliente reage e sente que já nada é como antes, tornando-se difícil compreender o significado da mudança. A representação social da doença avançada tem vindo a ser associada e construída, tendo por base uma intensa e estigmatizante carga emocional, correlacionando-se intimamente com o sofrimento e a morte.

Conversas mantidas com clientes, enquanto enfermeira da prática, revelaram-nos que os confrontos com o diagnóstico, a progressiva dependência do hospital, a necessidade de vigilância, após efectuados tratamentos cada vez mais agressivos, são referidos como limitadores e insuportáveis. Todo a acomodação a uma situação que foge do controle acarreta um caos interior que requer intervenção por parte da enfermagem, para que, a partir do diagnóstico, seja minimizado ou tolerado o sofrimento vivido especialmente aquando do internamento.

1.3 Participantes do estudo

As sociedades são formadas por seres humanos que constroem e adoptam uma forma de viver determinada, ou seja, tornam-se portadores de culturas, em geral, adaptadas à sua vivência local. Considerando que o indivíduo só se torna humano através da sua interacção, padronizada culturalmente com os demais seres humanos, torna-se impossível isolar o ser social da sociedade. Como membro da organização tem um comportamento modelado em função das suas potencialidades hereditárias e das normas e padrões da sua cultura. O indivíduo participa num sistema social, desde o momento do nascimento, sendo herdeiro de uma tradição cultural mantida pelos seus antepassados e transmitida de geração em geração (Marconi & Presotto, 2001). Apreciando o exposto, *“todas as pessoas têm a sua espiritualidade mais ou menos desenvolvida, representando a totalidade do indivíduo, manifestando-se das mais variadas formas”* (Lourenço, 2004, p. 100). Segundo a autora, a espiritualidade adquire contornos mais visíveis na meia-idade e na velhice, ou seja, com o próprio desenrolar da vida e, ainda mais, quando ocorre o aparecimento de uma doença ou uma crise pessoal.

Para definição e inserção dos participantes do estudo foram definidos como critérios de inclusão, a idade (clientes entre a meia-idade e a velhice), o conhecimento da sua situação clínica, o estado de consciência e físico preservado, permitindo a colaboração através, também, da comunicação verbal, sobretudo no caso das entrevistas. Os participantes foram em número de doze, em fase avançada da doença e com idades compreendidas entre os 46 e os 82 anos.

Na sequência do pensamento de Munhall e Oiler (1993), visando que nenhum investigador que utilize a etnografia poderá ter o panorama completo da subcultura, os participantes seleccionados remeteram-nos, por tal motivo, para uma parte da realidade que foi possível observar e registar. Pois, na etnografia procuram-se os mais adequados informantes culturais, ou seja, aqueles que podem fornecer-nos dados mais relevantes acerca do assunto em estudo. A selecção dos focos de atenção não foi baseada no número de acontecimentos ou entrevistas efectuados, mas, por outro

lado, na riqueza dos dados, de que modo é retratado o contexto real da cultura, ao mesmo tempo que vão ao encontro dos objectivos da pesquisa. Os participantes foram escolhidos de forma intencional, pelo facto de proporcionar a diversificação de informantes durante o período de observação e permitir, com maior facilidade, a organização dos dias de estadia em campo, de acordo com a disponibilidade (Triviños, 1991; Goetz & Lecompte, 1988; Munhall & Oiler, 1993).

1.4 Estratégias de colheita de dados

Segundo Abreu (2003), a complexidade dos estudos na área da antropologia da saúde não deriva apenas das dimensões observáveis, mas também das estratégias utilizadas em campo. Deste modo, e com o intuito de desenvolver o estudo no contexto seleccionado, uma unidade de internamento, é imprescindível o pedido de autorização para a colheita de dados em campo. A formalização da autorização foi efectuada, por escrito, ao Conselho de Administração do Hospital do Divino Espírito Santo, sendo deferida em Setembro de 2007, bem como, aprovada pelo Director Clínico do respectivo serviço de internamento.

No seguimento do processo, em Novembro de 2007, foi contactada a Enfermeira-Chefe do serviço pretendido com a finalidade de informar sobre o tipo de estudo pretendido e também sobre os objectivos e a colaboração desejada. Foi-lhe solicitada cooperação na divulgação junto dos enfermeiros acerca da finalidade da presença no serviço. Pois seria difícil encontrar todos os enfermeiros num curto espaço de tempo. Assim, optámos por lhes apresentar o projecto e explicar o objectivo da presença e solicitar, ao mesmo tempo, a sua colaboração de forma progressiva, à medida que se ia contactando com eles nos diversos turnos.

O estudo desenvolveu-se, portanto, entre Novembro de 2007 e Março de 2008. A observação efectuada durante o período teve lugar nas unidades dos próprios clientes, ou seja, um pouco por toda a enfermaria. Durante a estadia, o tempo médio de permanência em campo foi entre dois a três dias por semana, numa média aproximada de três a quatro horas por dia.

Sabendo-se que a essência da etnografia assenta essencialmente na aprendizagem do modo de vida de determinado individuo ou comunidade, através da prática em conjunto e da partilha com o próprio e não da mera colheita de informação, a técnica utilizada para a colheita de dados desenvolveu-se em duas vertentes, nomeadamente, pela observação participante e pela entrevista semi-estruturada no contexto do estudo. Neste sentido, julgamos conveniente descrever cada uma delas.

Observação participante

A observação participante revela-se uma das principais técnicas utilizadas no decurso dos estudos etnográficos e implica a presença do investigador no contexto em estudo, bem como, o contacto com as diversas dimensões que implica (Costa, 2002). É utilizada de forma a obter dos indivíduos as suas definições da realidade e também os conhecimentos com que organizam o seu mundo (Goetz & Lecompte, 1988). É desta forma representada por um período de interações intensas entre o investigador e os sujeitos observados no seu meio actual, de forma a proceder-se a uma colheita de informação de modo mais pormenorizado. Apresenta, também, segundo o mesmo autor, como características principais, o contacto profundo com o contexto observado, a identificação das representações e dos sistemas cognitivos dos actores envolvidos e a possibilidade do investigador verificar a congruência entre o que foi dito pelos actores e as suas práticas quotidianas. O investigador torna-se, portanto, parte da existência quotidiana dos clientes observados e reflecte as suas interações e actividades em *notas de campo*²⁹ que efectua no momento ou imediatamente após a observação, de modo a que esta seja o mais detalhada possível. Segundo Quivy & Campenhoudt (2003):

“(...) os métodos de observação directa constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho” (p. 196).

Na nossa opinião, parece-nos que só no contexto natural e em interacção contínua com os clientes é que poderemos de facto conhecer o significado que eles atribuem à espiritualidade. A observação participante, neste estudo, teve como objectivo identificar e compreender o significado atribuído à espiritualidade, nas mais diversas formas da sua manifestação, pelos clientes em fase terminal internados numa unidade hospitalar. Assim, optámos por utilizar uma conjugação do método da Observação–Participação–Reflexão, desenvolvido na etnoenfermagem por Leininger e, em complemento, as fases de envolvimento do investigador no contexto em estudo

²⁹ As notas de campo fazem parte do registo etnográfico, que compreende as notas de campo e os registos das gravações das entrevistas, bem como todo o material, visualizado e apreendido, que documente a situação social e cultural em estudo. Cf. Cardoso, M. A. G. M. (2005). A etnografia – uma abordagem metodológica. *Pensar em Enfermagem*, 9 (2), 23-28.

As notas de campo incluem informações a dois níveis: um, mais objectivo, com descrições detalhadas acerca de tudo o que se passa durante a observação, e outro, mais subjectivo, com as ideias e interrogações decorrentes da observação. Cf. Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

A parte descritiva das notas de campo funcionou como um arquivo com informações bastante fidedignas acerca do ambiente natural onde decorreram as observações e das pessoas nela envolvidas.

defendidas por Spradley (1980), nomeadamente, a fase da não participação, a fase da participação passiva, seguindo-se da fase de participação moderada, e, posteriormente, a fase de participação activa, finalizando com a fase de participação completa, em que o grau de envolvimento é extremamente elevado. O método defendido por Leininger abrange quatro fases que não são de forma alguma estanques, mas, por outro lado, estratégias que proporcionam ao investigador a organização da colheita de dados de forma sistemática. Assim, consideremos:

- Primeira Fase – Observação Sem Participação:

A observação assenta na ideia de que o investigador deve aproximar-se o mais possível dos fenómenos em estudo com o intuito de compreender os actores, os seus comportamentos e significados. Observar e ouvir são as partes fundamentais desta fase, evoluindo-se progressivamente para observações mais detalhadas e mais específicas (Leininger, 1985a).

Esta atitude admite uma participação mais ou menos activa por parte do investigador na vida dos sujeitos e uma análise mais profunda, do tipo introspectivo, tendo-se como objectivo o investigador familiarizar-se com a situação tal como ela é definida pelos indivíduos. O tempo vai também permitir ao cliente observar o investigador, preparando-o para uma fase de participação mais activa. Podemos, assim, considerar esta fase à semelhança das duas primeiras fases do modelo desenvolvido por Spradley. A observação, no seu desenvolvimento, assentou numa grelha de observação com a designação dos comportamentos a observar, de modo a auxiliar o investigador/observador na interpretação e elaboração dos seus registos (notas de campo), efectuados o mais rapidamente possível, quer no próprio local da investigação, quer no domicílio. Considerámos pertinente o uso deste auxílio visto que a observação em campo foi uma primeira experiência e assim ajudou na focalização dos objectivos, de forma a progredir, paulatinamente, para contextos mais específicos, delimitando e clarificando o campo, na medida que se evoluiu na estrutura interna do trabalho. Na elaboração dos registos etnográficos, sob a forma de notas de campo como resultado das observações realizadas, Spradley (1980) identifica seis aspectos que são cruciais e devem orientar o investigador na observação, devendo ser considerados nas notas de campo, nomeadamente, o objecto, os actos, um acontecimento, o tempo, o objectivo e os sentimentos.

Nesta fase, efectuou-se uma observação do contexto real, de acordo com os objectivos delineados para o estudo, por um lado, com o intuito de interagir com os clientes e, por outro, de modo a que ao enfermeiros pudessem familiarizar-se com uma presença diferente no serviço, assumindo a perspectiva da enfermagem

transcultural proposta por Leininger, nomeadamente, verificando-se que as primeiras observações no contexto do estudo surgissem num momento em que pudéssemos designar de aproximação. Esta fase revelou-se de extrema importância, quer para os enfermeiros adquirirem conhecimento dos objectivos do estudo, quer para a interacção com os clientes. Nesta fase existiu uma aproximação às pessoas, às situações e aos locais, mantendo-se um contacto directo e prolongado com os participantes do estudo. Foi um percurso facilitado, pois, o conhecimento da equipa de enfermagem e dos restantes profissionais facultaram o desenvolvimento do processo. Todavia, além de ter sido possível a observação de algumas situações em contexto natural e de forma detalhada, foi fundamental para explicar o papel do investigador num trabalho da presente natureza, quer aos enfermeiros, quer aos clientes internados e, ao mesmo tempo, estabelecer uma relação favorável ao desenvolvimento do estudo, ou seja, proporcionar-se uma relação de confiança, empatia e abertura por parte dos informantes.

- Segunda Fase – Observação com Alguma Participação:

Quando o investigador se permite envolver, progressivamente, no campo de estudo, torna-se difícil de precisar a passagem de uma primeira fase para a segunda. Nestas circunstâncias, a observação no campo continua como centro principal, mas ocorre alguma participação com o intuito focalizado na aprendizagem acerca da distinção entre o essencial e o circunstancial e do significativo do insignificante. O investigador inicia um processo de interacção com os indivíduos (Leininger, 1985a). Neste trabalho, pode-se também verificar que, com o decorrer do tempo, as solicitações, quer por parte dos enfermeiros do serviço, quer por parte dos clientes e familiares tornou-se cada vez mais evidente, substanciando-se pelo próprio envolvimento na dinâmica do contexto do estudo. Desde a elaboração de pensos aos posicionamentos dos clientes, a intimidade do espaço foi sendo acolhida por todos os participantes. Importa, também, sublinhar que existiu suficiente abertura profissional por parte dos médicos assistentes acerca da situação de um ou outro cliente cuja necessidade de pormenorizar e enquadrar se manifestavam pertinentes. Todavia, a acção desenvolvida fundamentou-se, pelo conhecimento aprofundado das funções entre investigador e observador, num esforço permanente de distanciamento, constantemente orientado para a subjectividade e espontaneidade em todas as formas de actuação. Neste sentido, a necessidade permanente de escutar e efectuar observações, agora de forma mais detalhada, acerca de aspectos prioritários já identificados, promoveu simultaneamente a continuidade da observação participante. Importa, contudo, referir que o desenvolvimento do trabalho assentou também numa

manifesta necessidade de distanciamento, sobretudo pela familiaridade do contexto cultural em estudo, proporcionando, por seu lado, uma observação mais selectiva. Pois, a compreensão da filosofia adoptada por Spradley, nomeadamente, no que se refere à participação moderada, foi um registo constante nos planos de observação aplicados e estruturados.

- Terceira Fase – Participação com alguma observação:

Nesta fase o investigador assume uma faceta em que participa mais e a observação tende a declinar devido ao facto de se tornar difícil observar na plenitude todos os aspectos importantes e, ao mesmo tempo, participar nas actividades que envolvem o cliente (Leininger, 1985a). Este tipo de abordagem qualitativa permite ao investigador participar em vários níveis, sentir, experimentar e aprender pelo directo envolvimento nas actividades. Nestes momentos, as atitudes, comportamentos simpáticos e acolhedores dos informantes e enfermeiros proporcionaram que o estudo pudesse decorrer com naturalidade. O sentimento proporcionou um clima facilitador para efectuar as observações de forma detalhada, ter experiências participadas, efectuar perguntas e colher o testemunho de clientes de forma interessada. Esta vivência possibilitou compreender e perspectivar o cuidar de uma outra forma, na medida em que foi um cuidar vivido conjuntamente com os clientes na sua situação de internamento. Deste modo, podemos incluir no processo as duas últimas fases referidas por Spradley no modelo desenvolvido, a fase da participação activa e a fase de participação completa. Assim, após a realização de algumas entrevistas formais, houve a necessidade de reflectir de forma mais detalhada sobre os dados colhidos o que permitiu suceder a próxima fase.

- Quarta Fase – Reflexão com Observação:

Nesta fase, o investigador permite-se efectuar reflexões sobre todo o processo que foi desenvolvendo, reflectindo sobre os dados colhidos até ao momento, de forma a determinar o actual e potencial impacto nos indivíduos objecto do estudo. Segundo Leininger (1985a), a reflexão após a observação refere-se ao “*olhar para trás*” (p. 53) calmamente sobre o que aconteceu, recapitulando a situação e o processo contíguo ao acontecimento e à forma como os clientes responderam ao investigador. Perceber o que foi transmitido entre o investigador e o cliente torna-se essencial para permitir um entendimento harmonioso e cuidadoso do evento ou situação analisada. Segundo Parreira (2000), a reflexão, um momento fulcral da pesquisa etnográfica em enfermagem, auxilia o investigador a rebater sobre todos os aspectos contextuais da investigação antes que prossiga para a interpretação de ideias ou contextos. No percurso entre a terceira e a última fase tornou-se evidente a necessidade de ponderar

sobre todo o processo desenvolvido. Da distância do local de estudo às presenças esporádicas, quando necessárias, após uma análise aos dados recolhidos, foi possível esclarecer alguns significados e sentidos linguísticos que necessitaram de maior clareza na sua utilização pelos clientes que, porventura, ainda se encontravam internados.

Tempo	Novembro 2 dias/semana +/- 2h/dia	Dezembro 3 dias/semana +/- 3h/dia	Janeiro e Fevereiro 3 dias/semana +/- 4h/dia	Março 2 dias/semana +/- 2h semana
Fases	Observação	Observação com alguma participação	Participação com alguma observação	Reflexão com observação
Actividades	- Observar o contexto real. - Definir as estratégias com os colaboradores. - Interagir com os informantes. - Explicar os objectivos do estudo e pedir a colaboração dos enfermeiros. - Proceder à colheita de alguns dados pertinentes no processo clínico dos clientes relativamente a condições importantes para o estudo.	- Observar o contexto real dos clientes no internamento. - Iniciar a participação. - Iniciar as entrevistas informais. - Efectuar registos etnográficos (notas de campo e entrevistas semi-estruturadas). - Iniciar a análise preliminar.	- Participar com os enfermeiros do serviço em todas as actividades possíveis. - Desenvolver as entrevistas informais. - Efectuar registos etnográficos (notas de campo e entrevistas semi-estruturadas). - Analisar os dados obtidos. - Validar os dados obtidos.	- Reflectir sobre os dados obtidos. - Desenvolver as entrevistas informais. - Efectuar registos etnográficos mais completos (notas de campo e entrevistas semi-estruturadas). - Colocar questões estruturais e de comparação com os dados analisados. - Validar os dados obtidos de forma a agrupá-los de forma coerente.

Quadro 1 – Caracterização da Colheita e Análise Preliminar dos Dados

Entrevistas

As técnicas centrais para a realização deste estudo foram, como já referido, a observação participante e, no seu decorrer, a modalidade de registo etnográfico através da entrevista informal e da entrevista semi-estruturada. Desta forma, após as observações *in loco*, procurámos estabelecer o princípio acerca do qual o investigador se questiona sobre determinadas situações. Pois, verificamos ser através das conversas informais (ou entrevistas informais) que se vão estabelecendo com o cliente que se encontram as explicações ou respostas para factos, comportamentos, ideias ou projectos, bem como, se torna possível clarificar possíveis discrepâncias entre percepções pessoais e as percepções do cliente inerentes à subcultura em estudo. Os diálogos conversas permitem, portanto, ao investigador, segundo Abreu (2003), focalizar a sua atenção para contextos específicos e construir uma relação de

proximidade que se evidencia fundamental para o desenvolvimento de um estudo etnográfico. A importância revela-se central, pois, de acordo com Quivy & Campenhoudt (2003)

“(...) o método da entrevista, seguida de uma análise de conteúdo, é seguramente o que mais se utiliza em paralelo com os métodos de observação. A sua complementaridade permite, com efeito, efectuar um trabalho de investigação aprofundado (...)” (p. 200).

Neste sentido, avaliámos a entrevista semi-estruturada como a que melhor se aplicava ao estudo, permitindo uma maior amplitude de obtenção de respostas, de modo a que o cliente esclarecesse o que é relevante para ele, sem que lhe fosse imposta a visão do investigador (Streubert & Carpenter, 2002). Para o presente resultado, de modo a ser relevante, segundo Fortin (1999), permitimo-nos à elaboração de um guião com as grandes linhas orientadoras do tema a explorar, de modo a fornecer um inventário dos temas a abranger. Assim, as linhas orientadoras para a elaboração do guião de entrevista corroboram com Spradley (1979, 1980) que, por sua vez, identificou três tipos de questões para as entrevistas semi-estruturadas, nomeadamente, as questões descritivas, as questões estruturais e as questões de contraste. As primeiras possibilitam ao investigador completar os dados já obtidos através das observações, à medida que encontra uma estrutura organizada nas manifestações culturais dos clientes. As segundas, as questões estruturais, são para Spradley (1979) aquelas que possibilitam compreender o que os clientes sabem sobre o tema em estudo e como organizam essa informação. E, por último, as questões de contraste permitem ao investigador perceber as diferenças na forma como os clientes descrevem os significados do contexto do estudo e como esses significados diferem uns dos outros.

Neste contexto, Parreira (2000) refere também a importância em salientar que no percurso da entrevista semi-estruturada podem ocorrer questões que não se encontravam no plano inicial, mas que o investigador deve ter a capacidade de controlar e estar atento à informação obtida, sem infringir os objectivos da investigação. Mas, ainda, para Quivy & Campenhoudt (2003), de modo a que ocorra uma boa entrevista, o entrevistador deve tentar elaborar o menor número de questões, permitindo que o diálogo flua para uma conversa simples e livre e não para um rígido interrogatório, limitador da liberdade de expressão do próprio entrevistado. Para o facto é de grande importância o ambiente escolhido para o momento e que, ao mesmo tempo, se traduza pela máxima familiaridade. Torna-se, portanto, relevante um local calmo, com o mínimo possível de interrupções e confortável para o cliente.

Conscientes das orientações, sublinhamos que as entrevistas foram efectuadas a partir do início de Dezembro de 2007 e até à última fase da observação. A nível de registo metodológico, sublinhamos, também, que foram efectuadas maioritariamente no turno da tarde, pois foi proporcionada maior disponibilidade por parte dos clientes, de modo a poderem estabelecer os diferentes diálogos. Regista-se que apenas um informante recusou participar no estudo, enquanto que os outros clientes manifestaram sempre vontade em cooperar. Alguns, por motivos inerentes à sua vontade, como queixas álgicas, astenia e disfonia, não conseguiam fazê-lo. Mas, de acordo com a situação de cada cliente em particular, as entrevistas foram realizadas, ora na sua própria unidade, ora na denominada “sala de tratamentos”. No decorrer de um diálogo estabelecido antes de realizar a entrevista era sempre explicado a cada cliente o objectivo do estudo e a forma como os dados iam ser utilizados no trabalho, salvaguardando sempre o anonimato. Neste momento de interacção era entregue aos informantes o consentimento informado para que pudessem ler e colocar alguma dúvida, caso existisse. Durante toda a entrevista o cliente não era pressionado a terminar, visto que não existia um *timing* estipulado, tendo a duração das entrevistas variado entre quinze e quarenta e cinco minutos. No decorrer do processo, e muitas vezes antes da própria entrevista, os clientes encontravam-se ansiosos e referiam “*eu não sei se vou saber responder aquilo que a senhora enfermeira quer*”, mas no transcorrer da entrevista compreendiam que se tratava de uma conversa informal e falavam abertamente. Esta fase, além de se apresentar como a fase mais intensa da colheita de dados, foi também a fase que permitiu uma maior e mais profunda reflexão.

Desta forma, o quadro que se segue ilustra as questões orientadoras das entrevistas efectuadas (Pág. 80). É importante salientar que, devido ao envolvimento proporcionado pelos momentos de interacção decorrentes das observações, algumas das questões já tinham sido respondidas, pelo que não houve a necessidade de repetir a questão.

Questões Descritivas	• Qual a sua idade? • Qual o seu estado civil? • Aquando do internamento solicitou apoio espiritual? • Tem orientação religiosa? Se sim, qual?
Questões Estruturais	• O que é para si a espiritualidade? • Qual o papel que a espiritualidade tem na sua vida? • Quando recorre ao apoio espiritual, de que forma o faz?
Questões de Contraste	• De que forma a espiritualidade o ajuda a compreender a sua situação actual? • Desde o início da sua doença qual a sua relação com a espiritualidade? Houve alguma alteração? Se sim, qual?

Quadro 2 – Algumas Questões Orientadoras das Entrevistas Semi-Estruturadas

1.5 Validação das estratégias de colheita de dados

A investigação qualitativa, de acordo com Goetz e Lecompte (1988), afigura-se como uma ciência e uma arte em que o próprio investigador é um instrumento essencial no processo de investigação, o que não implica a necessidade em desenvolver um trabalho de forma rigorosa. Apesar de, no caso da investigação qualitativa, a subjectividade do investigador acontecer devido à dificuldade sentida pelo próprio em restringir os valores pessoais, tornou-se importante reflectir sobre os preconceitos e valores, de forma a poder objectivar a possível influência na forma como o estudo foi projectado. Neste sentido, foram aplicadas as técnicas com todo o rigor inerente à metodologia utilizada. Assim, a *validade* apresenta-se como um dos principais critérios de rigor científico em etnografia e reporta-se ao modo conciso, exacto e fiel com que o investigador cativa a realidade observável e a descreve no seu relatório de investigação, sendo assegurada pela repetição da validação dos dados obtidos junto do maior número de clientes possível. Importa também referir que o guião orientador da entrevista foi disponibilizado a uma enfermeira da prática dos cuidados com experiência técnica e académica antes de ter sido utilizado com os clientes do serviço, pois, verificou-se ser uma forma de validar a investigação pelo facto de possuir um mestrado na área de cuidados paliativos e ser docente da área da investigação. As apreciações efectuadas auxiliaram na reestruturação do respectivo guião, tornando-o mais prático e de fácil utilização.

Outro critério de rigor científico a ter como consideração, refere-se à *fidedignidade* que se traduz na consistência das fontes de dados e dos próprios métodos de colheita de

dados seleccionados. Este critério é assegurado pela realização das mesmas questões a diferentes clientes em diferentes circunstâncias e num determinado período de tempo, pela repetição dos dados obtidos nesse processo e pela verificação cuidadosa entre o que os clientes dizem e a observação dos seus comportamentos, procurando explicações para as discrepâncias que possam acontecer (Cardoso, 2005). Assim, para garantir uma maior fidedignidade dos dados colhidos, a observação efectuada em contexto natural foi registada, de forma precisa, em notas de campo e sempre que possível no próprio dia da observação. Quanto às entrevistas formais, foram todas gravadas em suporte digital, à excepção da última a pedido do cliente e, posteriormente, transcritas integralmente pelo investigador.

1.6 Considerações éticas

Quando se produz investigação etnográfica, os investigadores, ao serem observadores participantes, encontram-se numa posição única, pois, vivem com as pessoas de uma determinada cultura e têm a habilidade de, por vezes, se tornarem invisíveis.

Para que fosse possível realizar o estudo de investigação foi necessário a autorização dos órgãos de gestão do hospital, por meio de registo escrito, apresentando-se e identificando-se os objectivos do estudo, a metodologia a utilizar, a população alvo do estudo, bem como, o período que se perspectivava de duração da intervenção em campo. Foi também importante, junto de cada cliente, proporcionar informação de forma a esclarecer sobre a sua protecção e garantir, ao mesmo tempo, a protecção dos dados a fornecer. Neste sentido, os clientes foram informados da possibilidade de desistirem de participar no estudo a qualquer momento. Segundo Streubert & Carpenter (2002) é imperativo que todos os investigadores qualitativos

“(...) estejam conscientes e conhecedores das suas responsabilidades para com os participantes do estudo. Especificamente, devido à natureza íntima das relações que se desenvolvem quando os etnógrafos vivem entre os participantes, estes investigadores possuem um dever significativo de os informar e proteger” (p. 187).

Relativamente às notas de campo nunca foram utilizados os nomes verdadeiros dos clientes e quanto aos códigos atribuídos às entrevistas foram mantidos até à análise final dos dados.

1.7 Procedimentos na análise de dados

No decorrer de um estudo de características descritivas, sob o olhar do paradigma naturalista e com orientação etnográfica, a análise envolve a procura a procura de

especificidades de uma cultura, as suas relações e a relação das partes com o todo. Desta forma, o objectivo da investigação qualitativa assenta em responder à pergunta de partida e aos objectivos iniciais, por meio da metodologia adequada (Quivy & Campenhoudt, 2003). Assim, a abordagem etnográfica implica que o investigador se preocupe em realizar uma análise holística da cultura entendida, se aproxime dos actores sociais com uma participação activa, dinâmica e motivadora e, por último, que o investigador se interesse em revelar as reacções e interacções significativas de modo a desenvolver a reflexão sobre a temática em investigação. Torna-se assim necessário, numa abordagem sistémica, efectuar uma reflexão sobre a cultura, sobre a diversidade de costumes, das tradições que moldam a existência das pessoas/clientes; este tipo de abordagem pode permitir uma maior compreensão do cliente como um ser diferente, de outras pessoas e de diferentes populações (Giger & Davidhizar, 1991).

Posteriormente, segundo Miles e Huberman (1994), num estudo descritivo o tratamento dos dados pode variar consoante a natureza dos dados apresentada. No caso do estudo desenvolvido foi usada a metodologia de natureza qualitativa, tendo sido utilizado a observação participante e as entrevistas semi-estruturadas, recorrendo-se para a análise da informação o modelo de análise de Spradley. Neste sentido, o objectivo principal assenta na descoberta do sistema de significados culturais utilizados pelos próprios clientes através de quatro tipos de análise: a análise de domínios, a análise taxonómica, a análise componencial e a análise de temas.

Procurando de uma forma sintética descrever esses processos, a análise de domínios assenta numa procura de unidades maiores de conhecimento cultural, às quais são atribuídas o nome de domínios. São as principais e as mais importantes unidades de análise na investigação etnográfica, pois é uma categoria de significado cultural que inclui outras categorias menores. Deste modo, os domínios como as categorias culturais, são constituídos por três elementos essenciais:

- Termos cobertos: são os elementos principais na estrutura dos domínios. São os nomes atribuídos a uma categoria de conhecimento cultural, ou seja, o próprio nome para o domínio cultural.
- Termos incluídos: são os nomes utilizados para as pequenas categorias do domínio. Todos os domínios podem ter dois ou mais termos incluídos.
- Relação semântica: consiste na relação entre os termos coberto e incluído. Revelam-se como um elo essencial para a descoberta dos domínios culturais e

actuam pelo princípio geral da inclusão, definindo os termos incluídos e situando-os num domínio cultural.

Na análise taxonómica, a taxonomia, à semelhança de um domínio cultural, é um conjunto de categorias organizadas tendo por base uma relação semântica simples e que indica as relações entre todos os termos incluídos num domínio.

Por sua vez, a análise de temas reflecte-se na definição de temas culturais que são conceitos que estabelecem a relação entre os domínios promovendo uma visão global e abrangente do estudo realizado. Assim, para Spradley (1980), o tema cultural é qualquer princípio, subentendido ou explícito, recorrente em vários domínios e que serve como relação entre os subsistemas de significado cultural. Nessa análise, os conceitos que ligam os domínios oferecem uma visão holística da cultura em estudo e a referência de uma ideia em mais do que um domínio sugere a possibilidade de se tratar de um tema cultural.

Trata-se, por conseguinte, pelo contributo fornecido através do modelo de análise de Spradley, de realizar a interpretação dos dados. Para que tal aconteça é necessário compreender como foi registada a informação recolhida. Assim, tendo em consideração a metodologia com características etnográficas, as notas de campo provenientes das observações e as entrevistas são o foco principal da análise. Neste tipo de investigação qualitativa as notas de campo assumem um papel importante, não só pelo relevo conferido ao papel dos informantes e do investigador, mas também, pelas dimensões explicativas que os dados podem requerer, ou seja, o material descritivo proveniente das notas de campo e entrevistas constitui o *corpus* sobre o qual irá incidir a análise (Vala, 2005). Deste modo, desde a entrada em campo e durante todos os momentos em que estivemos presente no cenário de estudo, procurámos registar as observações efectuadas. Os registos etnográficos das observações foram feitos num bloco de anotações e cada observação foi registada, logo que possível, numa folha com dois espaços distintos para os registos dos dados (Spradley, 1980). Por um lado, o primeiro campo destinava-se às notas de campo com descrições detalhadas acerca de todos os acontecimentos durante o tempo de observação, ou seja, referia-se a uma observação de natureza descritiva com informações bastante fidedignas acerca do ambiente natural onde decorreram as observações e das pessoas nela envolvidas. Por outro lado, o campo subsequente destinava-se às anotações subjectivas do investigador, mencionando as ideias e interrogações decorrentes da investigação com uma perspectiva de observação de

natureza reflexiva (Triviños, 1990; Bogdan e Biklen, 1994)³⁰. Neste contexto, torna-se importante compreender que as notas de campo

“consistem fundamentalmente na descrição por escrito de todas as manifestações (verbais, acções, atitudes, etc.) que o pesquisador observa no sujeito; as circunstâncias físicas que se consideram necessárias e que o rodeiam, etc. (...). Também as anotações de campo devem registar as reflexões do investigador que surjam em face da observação de fenómenos. Elas representam ou podem representar as primeiras buscas espontâneas de significados, a primeira expressão de explicações. Podem ficar como um produto final do estudo, sofrer reformulações ou desaparecer finalmente” (Triviños, 1990, pp. 154-155).

Assim sendo, para além dos registos mentais aquando da observação, o primeiro registo, relativo à observação efectuada, foi realizado numa pequena sala do serviço ou também no gabinete médico que foi, muitas vezes, disponibilizado e onde podíamos permanecer isolados durante os intervalos das observações. Nesse momento, as anotações eram sintéticas e esquemáticas, escolhendo apenas os dados necessários a uma próxima etapa. Posteriormente, no mesmo dia e fora do campo, fazíamos as notas de campo propriamente ditas, ou seja, a descrição minuciosa de tudo o que tínhamos visto e ouvido, sem qualquer interpretação, as denominadas notas descritivas. Seguiam-se depois as anotações relativas às nossas emoções, reacções, sentimentos e questões acerca dos fenómenos observados, as intituladas notas teóricas, constituídas por inferências e interpretações. Eram desenvolvidas algumas notas relativas aos aspectos que se pretendiam que fossem foco especial de atenção numa próxima observação de modo a esclarecer algumas dúvidas que pudessem existir (Gómez, Flores & Jiménez, 1999).

Desta forma, consideramos que a análise dos dados foi sendo feita, concomitantemente, com a progressiva recolha de informação, assentando na metodologia proposta por Spradley (1980), o qual refere que a análise das informações é produzida desde o primeiro momento em que se entra em campo.

No que concerne ao registo das informações obtidas através das entrevistas, foi utilizada a gravação de áudio com o auxílio de um gravador digital. À posteriori, já fora do contexto de estudo, efectuamos a transcrição integral das entrevistas³¹, anotando da mesma forma, numa coluna à direita os possíveis termos incluídos e os termos

³⁰ Consultar Anexos, Ilustração 1 – Nota de Campo, Pág. 189.

³¹ Consultar Anexos, Ilustração 2 – Entrevista, Pág.194.

encobertos que, segundo Spradley (1980), pareciam emergir dos dados. Assim, após cada registo pormenorizado resultante de uma observação efectuada, as questões e dúvidas suscitadas pelos dados ou a necessidade de maior clareza, explicações e observações conduziram-nos a objectivos de trabalho concreto de modo a preparar a próxima ida a campo (Gómez, Flores & Jiménez, 1999).

Nesta perspectiva, no paradigma qualitativo da investigação, o trabalho com os dados é um processo contínuo, progressivo e não se cinge apenas a uma única etapa estanque e vai progredindo ao longo do processo com características distintas. Ainda para Miles e Huberman (1994), a análise qualitativa dever-se-á compor de três tipos de actividades: a *condensação dos dados*, através da simples selecção, por resumos e integração numa configuração mais ampla; *apresentação dos dados*, por texto narrativo, gráficos ou quadros e por ultimo, a *elaboração/verificação das conclusões* através de significados que emergem dos dados.

A análise da informação por nós praticada enquadra-se hoje como uma das práticas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes áreas das ciências sociais e humanas permitindo ao investigador fazer induções válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto (Krippendorff, 2004).

Considerando o presente estudo, com características etnográficas, Spradley (1980) afirma que a análise etnográfica é reconhecida como um processo de examinação sistemática de algo, determinando as suas partes, as relações entre essas partes e a sua relação com o todo. Por outro lado, toda e qualquer análise desenvolvida através de uma abordagem etnográfica, visa descobrir o sistema de significados culturais que os indivíduos empregam apresentando-se em consonância com a presente pesquisa.

Desta forma, o objecto da análise do estudo desenvolvido abrange todos os registos da observação e das entrevistas, quer formais, quer informais e o conteúdo destes registos que, por seu lado, caracterizam o seu significado e prendem-se com os objectivos da pesquisa: identificar as manifestações espirituais desenvolvidas pelos clientes, em fase terminal, internados numa unidade de saúde; compreender o significado atribuído à prática religiosa, como manifestação espiritual; compreender o modo como a situação actual de saúde influencia as manifestações espirituais e conhecer as expectativas do cliente em relação aos cuidados de enfermagem no que se refere à espiritualidade.

Neste contexto, logo no decorrer da segunda fase da observação participante, iniciámos a análise preliminar das notas de campo, de modo a transpor a simples descrição dos dados observados e das entrevistas informais de modo a principiar a descoberta de significados culturais. Os referidos significados, previamente

delineados, não foram considerados definitivos mas auxiliaram na delimitação das observações e análises posteriores. Ao efectuarmos as leituras dos registos das notas de campo íamos anotando as pequenas categorias, ou termos incluídos emergentes de uma relação semântica, o que promoveu a construção das grandes categorias ou, segundo Spradley (1980), os denominados termos cobertos ou domínios. Para o referido autor, o domínio cultural representa uma categoria simbólica do significado cultural que inclui as categorias menores. Assim, após a análise das informações colhidas, os termos cobertos, os termos incluídos, bem como a relação semântica entre ambos, constituíram sempre os três elementos básicos dos domínios culturais identificados.

Numa fase posterior, e depois de terem sido efectuadas novamente as leituras das informações recolhidas, foi elaborada uma ficha que permitiu e facilitou a apresentação dos dados e onde foram registados o termo coberto, a relação semântica e os termos incluídos. Para Spradley (1980) torna-se mais viável o manuseamento dos dados em fichas de menor tamanho, contudo, demonstrou-se mais prático a apresentação dos dados da forma já mencionada numa folha A4, de forma a poder colocar algumas informações alusivas às notas de campo e entrevistas onde os termos incluídos se encontravam identificados. A ligação entre as duas *categorias*, termos cobertos e termos incluídos foi realizada através de uma simples relação semântica, o que se revelou de extrema importância na descoberta dos domínios culturais. Deste modo e considerando a riqueza dos dados obtidos foram utilizadas varias relações semânticas universais, preconizadas por Spradley, entre elas: *X é um tipo de Y; X é um resultado de Y; X é uma razão para fazer Y; X é um modo para fazer Y; X é uma característica de Y; X é um resultado de Y.*

Assim, no início desta etapa da análise, surgiram-nos numerosos domínios culturais e à medida que as leituras foram sendo efectuadas, os termos foram sendo afinados e refinados pela análise minuciosa que se continuou a depositar nas leituras e também através da conjugação entre os termos cobertos e incluídos e a relação semântica, vindo gradualmente a reduzir em número. Durante o progresso da análise alguns termos, quer incluídos quer cobertos, foram agrupados por ponderarmos as respectivas semelhanças, outros foram retirados por não reflectirem os objectivos do nosso estudo. No final desta fase do processo de análise foram identificados onze domínios culturais.

Segundo Spradley (1980) existe distinção entre três tipos de domínios, os de características populares, que é quando todos os termos provêm da linguagem dos sujeitos do estudo; os de características mistas, que resultam da utilização de algumas

palavras apenas dos sujeitos do estudo e por último os domínios de características analíticas, em que muitos dos significados culturais permanecem tácitos e há necessidade de inferir sobre o significado dos mesmos, através daquilo que os sujeitos dizem fazem e os instrumentos que utilizam para fazê-lo. No caso da investigação efectuada foram utilizadas, na construção dos domínios de modo a completar o estudo, os três tipos de domínios supra citados.

Para além da análise de domínios e como prevê o autor referido, de forma a enriquecer o estudo, foi efectuada, também, a análise taxonómica e a análise de temas.

2. REALIDADE ESPIRITUAL NOS CLIENTES EM FASE TERMINAL

A determinação da apresentação dos resultados obtidos resultou das observações efectuadas e dos discursos resultantes das transcrições das entrevistas. Os referidos dados foram todos colhidos em contexto hospitalar, ou seja, aquando do internamento dos clientes. Dos doze clientes que participaram no estudo, sete eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. As idades variaram entre os quarenta e sete anos e os setenta anos. Em relação à patologia, que era a consequência do internamento, apenas um cliente apresentava patologia do foro gastroenterológico e os restantes onze sofriam de doença oncológica avançada.

Na analogia referente à orientação religiosa, todos os clientes que participaram no estudo mencionaram querer apoio espiritual, o que foi sempre confirmado *a priori* no processo do cliente, e onze mencionaram ser católicos e apenas um cliente expressou a sua orientação religiosa como Testemunha de Jeová. Quanto ao meio onde habitavam, oito dos clientes habitava no meio rural e os outros quatro viviam no meio urbano. De sublinhar, também, que onze dos clientes entrevistados encontravam-se na reforma e apenas um estava desempregado em consequência do agravamento da sua situação.

O tempo de diagnóstico do foco actual da patologia foi bastante diversificado entre os clientes e variou entre um ano e sete anos.

Apresentação e Análise dos Domínios Culturais

Alicerçados na análise realizada das várias notas de campo e entrevistas emergiram onze domínios culturais que evidenciam o significado da espiritualidade dos clientes, em fase terminal, as estratégias utilizadas para lidar com a situação e as fontes de apoio encontradas para enfrentar a doença. Revelam, ainda, as expectativas em relação ao desempenho dos enfermeiros. A taxonomia identificada corresponde ao domínio cultural referente aos tipos de cuidados espirituais proporcionados pelos enfermeiros. Assim, partimos para a análise e descrição dos domínios culturais que encontra representação na figura correspondente. Cada figura representa um domínio identificado, bem como apresenta a relação semântica que o relaciona com os termos incluídos.

Assim, os domínios culturais que traduzem o significado da espiritualidade em clientes terminais no contexto hospitalar designam-se, no âmbito da investigação, por:

- Tipo de representação da dimensão espiritual do cliente:
Domínio Cultural 1

- Resultado do fenómeno de acreditar em algo:
Domínio Cultural 2
- Tipos de significados atribuídos à prática religiosa como manifestação espiritual do cliente em fase terminal:
Domínio Cultural 3
- Tipos de estratégias de *coping* utilizadas pelos clientes em situação de doença terminal no contexto hospitalar:
Domínio Cultural 4
- Tipos de sentimentos vivenciados pelo cliente na proximidade com o fim da vida:
Domínio Cultural 5
- Tipos de necessidades espirituais referidas pelos clientes em fase terminal:
Domínio Cultural 6
- Razões para os clientes pedirem auxílio a uma entidade transcendente:
Domínio Cultural 7
- Formas utilizadas pelos clientes para manifestar a espiritualidade como prática cultural:
Domínio Cultural 8
- Características identificadas pelos clientes em relação a uma pessoa religiosa:
Domínio Cultural 9
- Resultado da influência da cultura nas manifestações espirituais do cliente:
Domínio Cultural 10
- Tipos de cuidados espirituais proporcionados pelos enfermeiros:
Domínio Cultural 11

2.1 O conceito de espiritualidade na situação actual de cliente em fase terminal

Actualmente a nossa herança cultural, instrução e educação não nos ensinam nem nos preparam para a chegada da morte. Como não compreendemos essa passagem representamo-la de modo abstracto ou simbólico, sendo que a simbologia caracteriza uma chave para o conhecimento da morte e do mundo espiritual, possibilitando o acesso a realidades que de outra forma são ainda inexpressáveis.

Neste contexto torna-se importante compreender o significado da representação mental que, aos olhos de Bouyer (2008) e à luz da Filosofia, revela-se como a noção

cognitiva que elabora a hipótese de que a cognição é a manipulação de símbolos. Por outras palavras uma representação corresponde a um reflexo da natureza pela mente, como se a mente conseguisse espelhar a natureza de forma clara. A mente funciona, assim, manipulando símbolos de modo a espelhar o mundo ou a representar as suas características. Deste modo, sob a égide da representação, o autor acredita que a mente funciona através da manipulação de símbolos que representam as características do mundo, ou interpretam o mundo como tendo determinada forma.

Assim, confrontados com os paradigmas da totalidade e da simultaneidade, mais do que nunca são abordados os conceitos de cuidar, de Homem e de holismo. Mas é importante reflectir que o Homem é não mais do que a soma da sua dimensão física, psicológica, social e espiritual. Então, para que os cuidados de enfermagem assumam uma vertente holística, torna-se marcante acolher o cliente de forma a atender à sua multidimensionalidade humana (Caldeira, 2002).

Deste modo consideramos pertinente explorar os domínios que se seguem pelo que os mesmos reflectem o conceito que o cliente assume durante o internamento sobre a sua dimensão espiritual e permite-nos identificar de que forma a situação actual de saúde influencia nas manifestações espirituais.

Domínio Cultural

Tipos de representação da dimensão espiritual do cliente

A pessoa é considerada como um ser único em que as múltiplas dimensões formam uma unidade. Desta forma a dimensão espiritual revela-se como uma parte integrante do indivíduo e, também, com uma forte essência da existência humana, obrigatoriamente ou necessariamente inconsciente. Assim sendo tornou-se para nós evidente, quer pelas manifestações físicas de presença de um terço, uma imagem ou simplesmente da Bíblia, que os clientes revelam como parte integrante do seu ser espiritual, uma dimensão que está presente em vários momentos da sua vida e até mesmo no internamento hospitalar.

Uma das características mais marcantes da dimensão espiritual é a “auto-transcendência” que, para Frankl (1993), reporta-se ao facto de o Homem ser constituído por uma intencionalidade que o dirige para algo ou para alguém fora de si mesmo. Este relacionamento com o transcendente acontece de forma inconsciente, ou seja, é uma ligação intencional com o transcendente ainda que vivida inconscientemente.

Desta forma a procura do transcendente, que se converte numa acção individual e singular mas contribuinte de uma visão mais vasta do mundo e do próprio cliente,

torna-se no centro das atenções do enfermeiro. Torna-se importante desenvolver a procura de significado do sentido da vida e a vulnerabilidade desencadeada por situações que apontam para a fragilidade da vida humana.

No decorrer do estudo foi-se revelou-se importante para os clientes a verbalização concreta da figura transcendente que os clientes têm mais presentes nas suas vidas, a presença de Deus.

Falar n'Ele

Em muitas situações diárias foi possível compreender, na dimensão pessoal que os clientes demonstram, a afinidade mantida com uma entidade transcendente que, embora não mantivesse uma presença física, encontrava-se presente nas expressões utilizadas e nos gestos efectuados.

Em casos concretos os clientes mostraram-se comunicativos pelo que gradualmente as conversas foram dirigidas para as suas situações actuais de saúde e, muitas vezes, por iniciativa própria começaram a falar sobre a espiritualidade e a expressar a importância que a convicção representa para as suas vidas:

"(...) eu acredito n'Ele." (NC3)

"(...) Ele é o Pai eterno." (NC1)

"(...) que Deus lhe pague menina." (NC3)

Constatamos que a espiritualidade assume um papel considerável na dinâmica interna do cliente em fase terminal e manifesta-se numa necessidade de ser compreendido ou de procurar sentido para algo que está a acontecer ou que aconteceu.

Visão holística do ser humano

Para Serralheiro (1993) tudo o que pertence à vida do espírito é a espiritualidade e assim a dimensão espiritual permitirá transpor sempre as futilidades de uma experiência de vida à base de actividades que possam estar desprovidas de significado. A dimensão espiritual de um cliente é assim defendida como uma necessidade inerente para encontrar respostas satisfatórias para questões fundamentais, relacionadas com o sentido da vida, doença e morte. As relações mais profundas do indivíduo com os outros, consigo próprio e com Deus (ou com outro foco de influência) representa o âmago da dimensão espiritual do indivíduo (Oldnall, 1996):

"É tudo na minha vida... é a minha mãe, o meu pai...é, quer dizer, tudo o quanto eu sou hoje." (E1)

Assim, a referência que o cliente faz, como sendo muito importante para si, à presença da imagem de Nossa Senhora, do terço e do missal, que traz consigo do domicílio, transpõe-se para a relevância que aponta na visão holística que possui.

Presença do Terço

A presença do terço pronuncia-se, nesta situação terminal, como uma estratégia utilizada pelos clientes, de modo a sentirem conforto perante a situação. A presença do terço tornou-se uma realidade quase comum a todos eles:

“(...) o facto de ter o terço comigo...é uma presença! Ajuda-me...” (E1)

“(...) se não fosse esta ajuda (...) depois de rezar o terço a Nossa senhora de Fátima...até parece que fico mais leve.” (NC3)

Conforme referido, a presença do terço foi uma constante e uma forma dos clientes sentir uma ajuda.

Força do Espírito Santo

Os clientes sentem uma ajuda vinda de uma entidade superior, que não conseguem descrever, mas que atribuem um nome, o Espírito Santo. Esta força representa uma característica muito peculiar dos açorianos que encontram no Espírito Santo uma presença, também, nos momentos de maior dificuldade:

“Há uma força...há. Eu tive muita força. E agente nunca deve destruir as nossas forças... eu dava a minha força ao Espírito Santo.” (E2)

Proximidade à Igreja

Os clientes sentem-se próximos de alguém que lhes é superior quando estão em proximidade física. Essa proximidade física é colmatada com a presença na Igreja. Para os clientes a presença ou a ida à Igreja fá-los sentir mais próximos de uma dimensão espiritual que os conforta:

“(...) o apego que ele tem à Igreja...ele gostava muito de ir à Igreja...participava em cursos de cristandade...era tão activo.” (NC4)

Tornou-se também relevante, derivado do agravamento da situação clínica do cliente, a sua participação na eucaristia torna-se menos frequente, embora não se reflita na apreciação pessoal:

“(...) não me considero uma pessoa menos católica por isso... tantos que lá vão e...lá por isso.” (NC11)

É visível que a presença e proximidade física da Igreja torna-se importante. O facto actual da hospitalização não demonstra ser um entrave à proximidade intrínseca com a dimensão espiritual pessoal:

“(...) eu não sei explicar...é uma parte...quando não vou sinto que falta qualquer coisa.” (NC11)

“(...) converso muito com Ele quando vou à Igreja e mesmo aqui no hospital converso.” (NC1)

Orientação da vida

Ao valorizar a dimensão espiritual de um cliente é importante perceber que essa dimensão transcende as dimensões físicas e psicossociais, dá sentido à vida e torna-a abrangente. É uma dimensão, que segundo Caldeira (2002), é inerente a todo o Homem na sua condição humana, pois até mesmo o agnóstico tem necessidade de ultrapassar-se em ideias que lhe dão sentido à vida:

“(...) é um só! Para mim é Cristo, a partir daí não há mais ninguém...este aí é único.” (E3)

“Agente orienta a nossa vida mas é à conta de Deus” (E4).

Aquando de determinadas circunstâncias, como por exemplo a confrontação com uma doença, os clientes referem sentir-se encaminhados e orientados por uma força:

“Eu oro muito a Deus... eu oro muito a Deus para pedir a sua orientação.” (E5)

É assim, no período que antecede a percepção do momento de passagem, que a espiritualidade na forma de manifestações religiosas, declara que nada está terminado. O processo de transcendência oferece ao cliente a passagem para o “outro lado” para que lhe seja possível o encontro com os seus familiares ou simplesmente vivenciar o que é significativo após a morte, numa continuação da vida:

“É... está-me tentando orientar... para algo... mais Divino”. (E3)

Esse encorajamento referenciado pode manifestar-se numa destemida caminhada pessoal permitindo ao cliente seguir em frente, mesmo quando apenas se vislumbram momentos de sofrimento. A religião evidencia-se então como algo que não se refere somente à relação circunscrita do ser humano com a divindade mas também como fenómeno que ajuda a orientar os passos e a caminhada do ser humano pelas normais morais e de conduta de uma sociedade (Frankl, 1993). A espiritualidade evidencia-se então através dessa força referida pelos clientes:

“(...) é aquele movimento que nos move... é aquele movimento que nos move... move em direcção a Deus.” (E3)

“(...) o grande auxílio, a grande força, nesta minha caminhada foi o Senhor Santo Cristo... Ele esteve sempre comigo.” (NC8)

Bíblia

A representação da dimensão espiritual do cliente poderá estar associada também à presença física de um símbolo. A Bíblia é o livro que melhor descreve a caminhada pessoal de Deus, merecendo assim um lugar de destaque na importância diária da vida de todas as pessoas que acreditam em alguma realidade Divina. Os clientes podem recorrer às escrituras da sua religião como forma de encontrarem algum conforto e equilíbrio:

“(...) é o livro mais completo do Mundo.” (NC9)

“No livro dos Provérbios, 3:5, confia em Jeová, que é o nome de Deus, de todo o teu coração e não te estives na tua própria compreensão. Nota-o em todos os teus caminhos e Ele mesmo endireitará as tuas veredas, diz a Bíblia.” (E5)

Visão acerca da Igreja

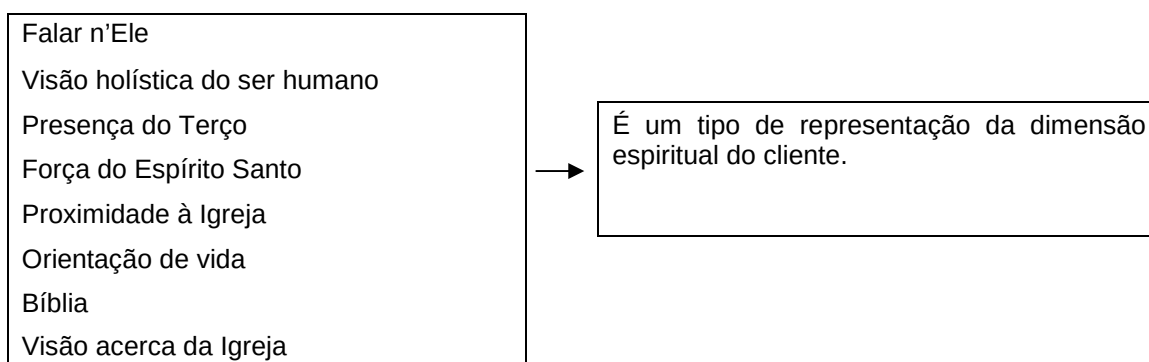
À medida que vão surgindo as sociedades vão-se produzindo representações que lhes são estruturalmente necessárias, o que significa dizer que a ideologia é construtiva do processo social. Neste contexto pode-se proferir, e conforme Durkheim (2002) pensa, que através das comunidades podemos atingir uma compreensão da produção humana a partir de uma fonte muito próxima da originalidade social, em que a religião que tem como representação a Igreja, assume um papel de destaque pois proporciona uma leitura exemplar de coesão social:

“Ele sempre foi e será sempre importante na minha vida e dos meus. Eu sempre fui criado na Igreja católica (...) nós antigamente víamos a Igreja com outros olhos, não é como agora... tudo à debanda.” (E12)

Quando a dimensão espiritual é considerada pelos enfermeiros apenas no enfoque religioso, as suas acções tornam-se padronizadas e não necessariamente individualizadas para as necessidades do próprio cliente (Benko & Silva, 1996). O enfermeiro, ao igualar a dimensão espiritual com a prática de princípios religiosos está a agrilhoar a sua própria dimensão espiritual e a dos clientes a quem presta cuidados. De qualquer modo torna-se evidentemente mais fácil para os enfermeiros a discussão do aspecto espiritual à luz de uma prática religiosa concreta e identificada.

A dimensão espiritual assume assim um papel importante na existência humana, no entanto a espiritualidade em si mesmo é um conceito abstracto que envolve muitas facetas e é usado muitas vezes incorrectamente e confundido com o termo religião. A espiritualidade vincula-se deste modo como o núcleo central do ser humano e refere-se a uma experiência que envolve a percepção das relações de cada pessoa com um ser supremo e transcendente, com a vida, com a natureza, com o desconhecido ou até mesmo com os outros e com a natureza. Partilhando dessa opinião Ross (1995) aponta três pilares essenciais, dos quais a espiritualidade depende, que são: a necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; a necessidade de esperança e vontade de viver e por último a necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A necessidade de significado é, por sua vez, uma condição essencial à vida e quando um cliente sente-se incapaz de encontrar um significado, perante a sua condição actual, sofre em função dos sentimentos de vazio e de desespero que encontra dentro de si.

Relação Semântica	Inclusão Estrita
Forma	X é um tipo de Y



Domínio Cultural Tipos de representação da dimensão espiritual do cliente.

Figura 1 – Domínio Cultural 1

Domínio Cultural

Resultado do fenómeno de acreditar em algo

O sofrimento, a doença e a morte sempre foram uma constante da humanidade, embora ocorresse constantemente a procura de um modo de evitar tais

acontecimentos. Conforme relata Santos (1983)³² o recurso a intercessores, celestes ou terrestres deve ser entendido como uma demonstração de impotência do Homem, para, por si só, fazer frente às adversidades do corpo ou do espírito. Deste modo à medida que o ser humano vai desenvolvendo as suas relações com os outros e com o seu meio tende a atribuir um significado às suas experiências. Contudo mesmo os indivíduos que não desenvolvem uma relação com uma força superior ou com Deus podem considerar-se muito espirituais em termos de relacionamento com os outros.

Assim, na prestação efectiva de cuidados holísticos, o enfermeiro tem de reconhecer o papel que a fé desempenha. Segundo Bolander (1999) a fé, em relação à saúde, é a crença na natureza curativa de um objecto ou a capacidade curativa de uma pessoa.

Pudemos assistir, no decorrer da investigação, a manifestações espirituais providas dos clientes e quando questionados referiram utilizar essas manifestações, quer verbais quer comportamentais, para exprimir a sua devoção a algo ou alguém que reconheciam existir no espaço transcendental do universo.

Ter fé

O desenvolvimento da fé, considerada como estando universalmente intrínseca nos indivíduos, não é visível fisicamente e, alguns indivíduos colocam a sua fé em coisas tangíveis. A fé pode então representar uma simples maneira de ser, de viver ou de imaginar:

“(...) tem crescido de dia para dia como uma semente.” (NC1)

Segundo Bolander (1999) a fé é a qualidade que dá sentido à vida e que transmite aos indivíduos a capacidade de ter e manter o sentido da vida:

“(...) espiritualmente eu sinto apoio, é um acto de fé... sinto fé. Agente sente a fé de outra forma.” (E1)

A fé num poder superior revela-se na convicção de que existe algo fora do “eu” que é maior do que o próprio “eu” (Fryback e Reinert, 1999). Constatamos esse facto ao presenciar e ao perceber que as pessoas que vivenciam uma situação de doença grave utilizam a sua fé como base para vencer as dificuldades e referem sentir-se mais fortes. Considerando que a maioria dos entrevistados (92%) professava a doutrina cristã, nos seus discursos é evidente o teor do seu relacionamento com Deus, como podemos constatar:

³² Comunicação apresentada por Eugénio dos Santos, intitulada “O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário”, no Congresso Luso-Galaico de Medicina Popular em Junho de 1983

“Eu sinto força... eu estou como uma fézinha que tudo vai me correr bem.” (E2)

Uma outra configuração para a fé afigura-se na esperança que, de acordo com Solimine e Hoeman, é *“(...) orientada para o futuro, necessária para manter a vida, envolvida na consecução de objectivos e incorporada nas relações interpessoais – culminando naquela que existe entre a pessoa e a percepção do Todo Poderoso”* (2000, p. 698):

“Se não fosse Ele, eu já não estaria aqui. Tenho muita fé que Ele me vai ajudar nesta caminhada... vai ser melhor.” (NC11)

“Eu sei que esta doença é muito ruim... mas eu tenho fé que tudo vai correr pelo melhor.” (NC12)

“(...) eu tenho fé... até já tenho algumas melhorias.” (E6).

A fé, espelha-se assim como uma crença ou aceitação de algo que não pode ser visto fisicamente, sendo considerada como estando universalmente presente nas pessoas, quer sejam seguidoras de uma doutrina religiosa ou não (Azevedo *et al.*, 2005).

Aceitar a condição actual

Segundo estudos antropológicos realizados, a ignorância em relação à origem de determinadas enfermidades contribui para que iniciasse, em determinado momento da história da humanidade, o processo de divinização do desconhecido. Em consequência tornou-se frequente a crença de que os deuses possuíam poderes para desencadear e curar as doenças. Assim era entendido como recompensa pela obediência e cumprimento da lei Divina o estado de saúde e como castigo, a doença (Faria & Seidl, 2005). É, então, compreensível encontrarmos os seguintes discursos, reflexos da alusão a causalidades religiosas de suas doenças, bem como, da cura dessa doença, nos clientes:

“Senhora enfermeira, eu aceitei o caminho que Deus me deu.” (NC1)

“Uns dias melhores outros piores... mas lá se vai andando. Como Deus quer e eu posso levar.” (NC6)

“Mas não somos nós que nos fazemos, é Ele.” (E4)

“(...) eu não fiquei contente. Não posso dizer que fiquei contente. Fiquei um pouco abatido (...) mas temos que aguentar aquilo que vem.” (E5)

“Mas eu sou uma pessoa assim, se isto é para mim, eu tenho de fazer o melhor para levar a vida.” (E5)

“(...) e então depois da operação ele enviou-me para uma consulta de oncologia (...) eu não sei o que pode acontecer... pode acontecer a qualquer um... é assim. De maneira que... como é que eu digo... as coisas acontecem...” (E5)

“(...) a senhora enfermeira sabe, não tenho tido muita fome... mas tenho tido muita sede. Bebo muita água, graças a Deus.” (NC11)

Crença

Os fenómenos religiosos, e em concordância com Durkheim (2002), ordenam-se naturalmente em duas categorias fundamentais: as crenças e os ritos. Relativamente ao fenómeno em análise, as crenças, reflectem estados de opinião e consistem em representações. Podemos dizer que a crença é o desejo de aceitar qualquer coisa, provocada por algo misterioso, mas sem a demonstração ou a prova tangível da sua existência, reconhecendo assim uma superioridade do sobrenatural:

“Eu acredito que há vida, há Deus, há tudo. (...) Acredito que há tudo na vida. Deus não é só... Deus é todo o universo... é todo o universo” (E1).

Todas as crenças religiosas conhecidas, sejam elas simples ou complexas, apresentam um mesmo carácter comum: supõem uma classificação das coisas, reais ou ideais, que os homens representam em dois géneros opostos, designados geralmente por profano ou sagrado (*Ibidem*).

Acreditar na cessação da dor

A terminologia dor e sofrimento são por vezes utilizados como sinónimo e, de facto, embora deva existir a distinção entre ambos, revelam-se entidades psicológicas muito próximas. A referência à dor é utilizada quando existe uma sensação essencialmente física associada a uma determinada agressão dos sistemas orgânicos e quanto ao sofrimento é utilizada a terminologia quando associada a uma sensação química. O sofrimento revela-se assim como um fenómeno complexo que, podendo emergir de diversas fontes, traduz-se numa experiência psico-emocional difícil de suportar (Gameiro, 1998). Na perspectiva de Meleis (1991), o sofrimento é determinado por um sentimento de desagrado e que pode variar entre um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de desespero.

Os clientes ao pronunciarem certas expressões empíricas estão certamente a associar os acontecimentos de cessação da dor a uma vontade Divina, pelo que quando questionados em relação a algumas medidas de terapêutica, devido a manifestações não verbais de desconforto, pudemos constatar a seguinte resposta:

“já tomei qualquer coisa na urgência, mas isto já passa, se Deus quiser”
(NC3).

A religião surge assim como possuidora de influência positiva na saúde física e o aspecto espiritual surge como potencial protecção contra sintomas de doenças, entre elas a depressão resultante de uma doença terminal. Os clientes utilizaram a palavra “sofrimento” quando sentiam dor e desconforto físico mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, mencionaram sofrimento quando sentiam qualquer perda ou falta significativa, quer seja real ou num futuro próximo.

Sentir uma força

Em diversas situações vividas no serviço de internamento foi-nos possível apreender de entre as muitas características pessoais dos clientes uma que se destacava. A força, essa insígnia incessantemente sentida era evidente no discurso eloquente que pronunciavam ou simplesmente pelos gestos simbólicos de perseverança em relação às condições actuais de saúde. De uma forma ou de outra os clientes em fase terminal procuravam intrinsecamente encontrar no refúgio do dia o conforto da vitória:

“(...) chorei muito, mas depois encontrei forças em Deus e decidi acreditar” (NC1).

“Que o Espírito Santo nos cubra... que derrame as suas graças sobre estas mães que andam no mau caminho, nas nossas doenças, na nossa vida... nos dê a força, a força de espírito (...) para agente ter força de conviver uns com os outros... de ajudar uns aos outros...” (NC3).

“(...) eu sinto uma força que Ele me dá... para viver o dia...” (E4).

“(...) eu acredito numa força que nos ajuda a todos a suportar essas coisas que nos acontecem” (NC12).

“(...) eu senti logo uma vontade maior de... sei lá... senti mais força” (E6).

Obter graças

A graça e a força de Deus são concedidas de muitas formas, particularmente através da Bíblia, das orações e dos sacramentos (Twycross, 2003). Em conjunturas locais e temporais de doença terminal os clientes internados encontravam aconchego espiritual ao manter negociação aberta e activa com Deus. Estas manifestações de fé assumem um papel realmente importante quando os pedidos efectuados são realizados:

“E eu peço tanto a Nosso Senhor... dê-me coragem para não chorar (...) e graças a Deus tenho tido tudo. Tudo quanto peço tenho tido” (E2).

“Eu já tenho pedido graças e... já tenho recebido... algumas” (E4).

“(...) quando eu recebo, eu... agente deve agradecer. A Bíblia diz para agente agradecer a Deus, e pedir... pedir aquilo que agente necessita (...) por isso quando agente agradece a Deus, Ele reconhece que agente sente-se contentes pelo benefício que Ele nos fez” (E5).

“Até agora as coisas corriam bem... eu tenho agradecido a Deus por ter guiado as mãos dos médicos” (E5).

“O Espírito Santo já me concedeu muitas graças” (NC11).

Sentir conforto

O conforto referido pelos clientes assenta sobretudo num conforto espiritual, em que, quando questionados acerca da posição que a espiritualidade, expressa através das do fenómeno de acreditar numa força, no contexto hospitalar, assumia nas suas vidas perante a condição actual, os clientes são unânimes ao exprimirem um conforto interior, um conforto da alma:

“(...) eu sinto-me mesmo mais confortado” (E3).

Sentir-se ajudado

A ajuda é um dos sentimentos pelos quais os clientes em fase terminal tanto anseiam. No decorrer da sua situação as forças foram diminuindo e a pessoa vai sentir a necessidade de encontrar um apoio, físico, através da presença e carinho demonstrado pelos familiares e amigos, psicológico, através de momentos de reflexão e distração proporcionados quer pelos enfermeiros, quer pelas visitas que recebe e também espiritual, resultante da fé que possui. Essa fé devolve ao cliente a esperança, pois devido a ela o cliente consegue visualizar uma meta transcendente para a sua doença:

“(...) Nosso Senhor, ajuda-me...” (E4)

“Porque eu esmorecia, eu não tinha aquela confiança... não tinha aquela confiança que... para Deus nada é impossível... para Ele. E isso ajudou... ajudou sim senhora. Ajuda-me muito... todos os dias...” (E5).

Confiar

Ao acreditar na força suprema de um ser superior os clientes atribuem o valor da sua vida a uma entidade metafísica. Pudemos constatar, através dos diálogos mantidos, que os clientes assumiam uma intencional confiança na força Divina, o que transmitia para o seu dia a dia uma sensação de presença constante e profícua:

“E depois havia de ser o que Deus quisesse” (E2).

“Ainda antes de ir para a mesa da operação eu... lembrei-me de confiar em Jeová e... não confiar em mim próprio, mas confiar em Deus e na sua orientação” (E5).

“(...) eu não quero que Ele me abandone... agora também não. Para Ele nada é impossível” (E5).

Recusar transfusões de sangue

As religiões conferem às pessoas, e em especial aos clientes com doença em fase avançada que vão ficando cada vez mais debilitados, um sentido de vínculo entre o laico e o sagrado, além do sentimento da diferença entre o natural e o sobrenatural, há o sentimento da separação entre o humano e o Divino. Desta forma, toda a humanidade dentro dos conceitos da religião foi educada sobre o conceito em que o sangue representa a vida.

No caso do cliente que é Testemunha de Jeová, ao deparar-se com uma situação delicada relacionada com a sua saúde, a equipa médica propôs-lhe uma cirurgia, ao que o cliente aceitou, mas com uma condição:

“(...) eu aceito, mas o senhor Doutor sabe, eu sou testemunha de Jeová e não quero levar sangue.” (NC9)

Desde 1945 que as testemunhas de Jeová assumiram que as transfusões de sangue constituíam um uso contrário aos ensinamentos bíblicos. Resultante dessa convicção está a transcrição bíblica dos Actos dos Apóstolos, 15, 28-29, que diz: *“O espírito Santo e nós próprios, resolvemos não vos impor mais outras obrigações além destas, que são indispensáveis; abster-vos de carnes imoladas a ídolos, do sangue, de carnes sufocadas e da impudícia. Procedeis bem, abstendo-vos dessas coisas. Adeus”* (Costa, Tavares, Dias, Neves, Lima, Ramos, Carreira & Rddrigues, 1991,p. 1459). É assim, segundo essa orientação da Bíblia que o cliente dirige a sua vida, o que percebemos na seguinte narrativa:

“Segundo as orientações que temos da Bíblia Sagrada, nós não aceitamos transfusões de sangue. A Bíblia diz que o sangue é sagrado. Para evitarmos o sangue... e então eu pus-lhe a minha posição” (E5).

As testemunhas de Jeová vêem como seu o dever de converter as outras pessoas à religião antes do fim do mundo iminente, pronunciando as palavras de Blanche e Parkes (2003). Para tal, enfatizam as cerimónias em vez dos rituais e estão proibidas

de consumir os produtos derivados do sangue. Segundo os mesmos autores aqueles que o fizerem irão ser responsabilizados pelas consequências das suas decisões.

Perante essas circunstâncias o cliente não teve dúvidas em manifestar a sua crença e defendeu a posição que acreditava, não sendo submetido a uma cirurgia em que pudesse correr o risco de levar sangue.

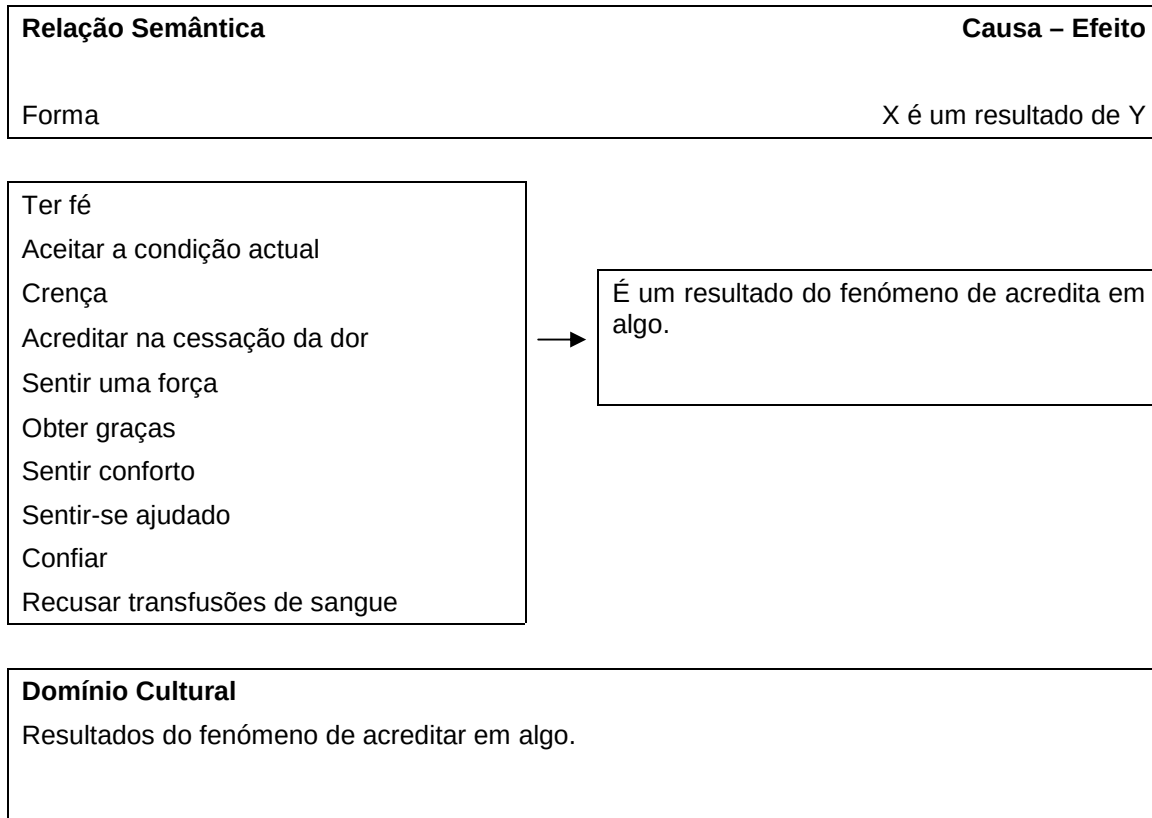


Figura 2 – Domínio Cultural 2

Domínio Cultural

Tipos de significados atribuídos à prática religiosa como manifestação espiritual do cliente em fase terminal.

A necessidade de um indivíduo encontrar um significado e um objectivo para a vida ou a necessidade de atribuir um significado às experiências da vida, incluindo a doença, revela-se como uma necessidade espiritual. Desta forma o entendimento de que a vida tem um significado e um objectivo e a subsequente procura de um significado e de um objectivo específicos é, em cada indivíduo, uma busca pessoal e espiritual (Bolander, 1999).

Para melhor compreender a dinâmica inerente aos dois conceitos consideramos importante reflectir sobre o significado de ambos, já referido anteriormente e incidir na compreensão das manifestações religiosas como uma fracção relativa da espiritualidade. Por espiritualidade compreendemos então toda a relação madura e

consciente com o transcendental resultante de uma fé de opção decidida. A espiritualidade, como já foi evidenciado, vai além da religiosidade porque traz a consciência e a certeza de um modo de viver. Entendendo a religião como uma expressão ou manifestação da espiritualidade, um conjunto de valores crenças e práticas onde as pessoas procuram preencher as suas necessidades espirituais, relacionamento e esperança, rapidamente assimilamos a importância da prática religiosa como manifestação espiritual nos clientes em fase terminal. Foi evidente no estudo a importância atribuída, pelos clientes, aos eventos:

Acreditar na Palavra

Um aspecto abordado no contexto da missa diz respeito à força da palavra. As palavras substituem coisas e a sua força provém de algo superior ou sublime, recebido por nós, como algo profundo e importante:

“Isso, Deus é a palavra, mas o que Ele significa é tudo.” (E1)

Assim os símbolos tradicionais do inconsciente são mobilizados através das palavras e rituais da missa (Nascimento, 2007).

Preservar uma pagela

Os processos de construção de significados relacionados com a situação actual de doença não são puras expressões e encadeamentos de raciocínios lógicos baseados em conhecimento técnicos. Evocam sobretudo o imaginário dos clientes, às experiências pessoais do passado e sobretudo às crenças e representações, habitualmente partilhadas pelo grupo cultural de pertença, sobre a saúde.

Do ponto de vista funcional, como indica Gameiro (2004), estas significações organizadas estabelecem para os clientes uma referência de inteligibilidade da situação de doença, fornecendo sentido e coerência aos acontecimentos, o que lhes transmite algum significado, como podemos denotar:

“(...) eu sou incapaz de pegar numa... estampa, que é uma coisa que para mim tem bastante significado (...) que é bastante... traz qualquer coisa religiosa... qualquer coisa religiosa... que a mim toca bastante... e... deixar aquilo ao abandono.” (E3)

Resultante da importância e sentido atribuído às significações que fomentam as respostas, derivadas das emoções e atitudes, pudemos compreender a influência que tem nos processos de ligeira recuperação e reabilitação em algumas fases da doença.

Recusar a comunhão

Enquanto permanecíamos num quarto a conversar com os clientes entrou uma senhora voluntária do hospital e pertencente à Liga de Amigos do Hospital, que é ministra da comunhão, e perguntou em voz alta, *“os senhores querem tomar a comunhão?”* Houve respostas afirmativas, pelo que a senhora iniciou uma oração e após procedeu à administração da comunhão. Quando se dirigiu ao Sr.º Martinho, este acenou negativamente com a cabeça e a senhora sorriu e avançou, procedendo à administração da comunhão ao cliente da cama ao lado, realizou outra oração e depois saiu do quarto. Apreendendo o significado pessoal que a doença avançada trouxe ao indivíduo torna-se compreensível as diversas atitudes de confronto com a situação e assimilámos também a necessidade que o próprio tem em recorrer a mecanismos de defesa para se proteger. A negação, presente na expressão verbal e nas manifestações não verbais do cliente, aparece como o mecanismo de defesa mais utilizado pelo cliente que enfrenta a doença terminal (Gameiro, 2004). Parece-nos também importante reflectir nessa manifestação à luz da descrição das fases elaboradas por Kübler-Ross, em que a fase da raiva e revolta parece ser a que melhor encara o sucedido, pois na verbalização seguinte o cliente demonstra alguns dos indícios que a psiquiatra faz referência, inclusive uma atitude de interrogação perante tudo e todos.

Ao olhar para o Sr.º Martinho reparei que este estava a chorar. A esposa estava ao lado a apoiá-lo. Fiquei em silêncio a observar o momento. *“Estou triste”* disse-me ele e depois acrescentou:

“(...) sempre fui um homem da Igreja e... e agora...(choro)” (NC5)

“Desde que estou doente já não consigo ir à minha missa... sinto-me cansado. E agora aqui no hospital... muito menos.” (NC5)

Nesse momento avalei o conhecimento do cliente acerca da capela no hospital, ao que referiu saber que existia missa aos Domingos.

“(...) mas eu não me sinto com forças...” (NC5)

Torna-se, pois, necessário considerar perante as pessoas idosas a sua espiritualidade, pois esta condição assume um valor importante na sua vida (Bassini, 2000). O facto de o cliente não se sentir bem com o facto de não ser possível deslocar-se à Igreja para estar perto de uma força transcendente evidencia-se na recusa em tomar a comunhão. É evidente a importância atribuída à presença física no espaço da Igreja como manifestação espiritual.

Quando abordei a espiritualidade, como necessidade manifestada no momento da admissão, foi a esposa do Sr.^o Luís que tomou a iniciativa de falar:

“ (...) ele é uma pessoa muito religiosa e até participa nas festas, nas procissões e tudo... mas agora como não consegue engolir bem, devido ao problema da garganta, prefere não tomar a hóstia.” (NC10)

No caso da seguinte narrativa o cliente encontrou na recusa da toma da comunhão uma forma de manifestar a sua espiritualidade mostrando o devido respeito e dedicação ao sacramento da comunhão. Assim, como não foi o próprio a fazer referência ao assunto olhei para o cliente para observar a sua atitude, ao que ele explicou:

“(...) como eu tenho muita facilidade em engasgar-me, tenho medo de me engasgar (...) e como na hóstia está o corpo de Deus... é sempre importante... é um alento.” (NC10)

Conversar com Deus

Ao conversar com Deus os clientes encontram-se consigo próprios numa vivência interior de paz e compreensão. A palavra que Deus transmite de volta não é uma codificação linguística, não é um som, uma articulação, a palavra que recebemos de Deus assenta na transformação pessoal e única do indivíduo. Assim os clientes referem que, nos momentos de conversa interior com Deus, sentem um alívio perante o futuro... o seu e o dos seus familiares:

“Nessas alturas eu sinto que estou mesmo a conversar com Ele. A presença D’Ele faz-me bem. Eu peço ao Senhor Santo Cristo para me ajudar todos os dias a tomar o caminho certo... eu e os meus filhos... a família.” (E4)

Conhecer a Bíblia

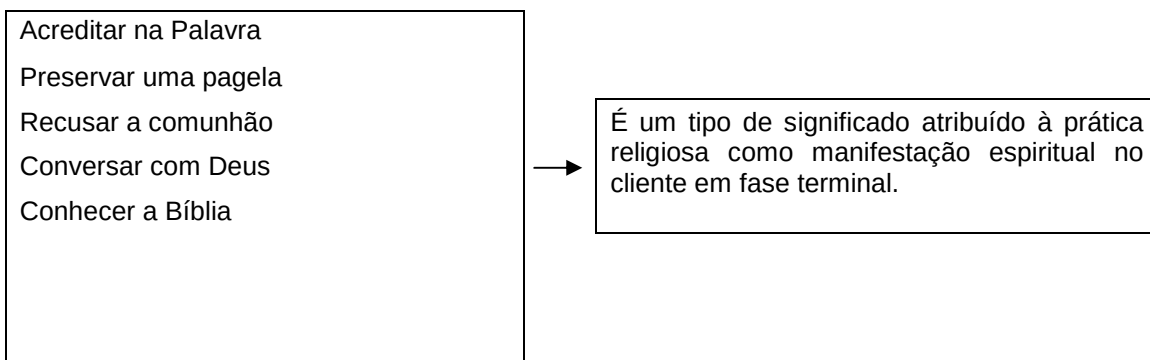
A Bíblia não é um livro, mas sim uma *biblioteca*. “Bíblia” é a palavra grega que significa, literalmente, “os livros”. Porque o que hoje temos encadernado como um só livro é na verdade uma biblioteca com 73 livros, divididos em duas partes: 46 livros no Antigo Testamento, e 27 no Novo Testamento. Os 73 livros que formam a Bíblia saíram de centenas de mãos, milhares de vidas vividas, milhares de quilómetros percorridos durante centenas de anos... Por isso são reflexo também de inúmeras culturas, religiosidades, costumes, simbologias de dezenas de povos de outros tantos lugares por onde o povo bíblico, o de *antes* e o de *depois* de Jesus, palmilhou terra. Conhecer a Bíblia é importante e para tal é necessário aprendermos a conhecer e desmontar o *contexto histórico-cultural* da linguagem bíblica. É a diferença entre a

Palavra e as *palavras*. A *Palavra* pertence ao âmbito da experiência de Deus, sempre pessoal e íntima. As *palavras* pertencem ao âmbito do contexto histórico-cultural, que deve ser entendido para ser relativizado:

“(...) com certeza que é importante! Porque eu penso que se não tivesse o conhecimento que tenho da Bíblia, eu penso que eu já não estava vivo (...) porque eu esmorecia, eu não tinha aquela confiança... não tinha aquela confiança que... para Deus... nada é impossível para Ele...” (E5)

A Igreja católica admite vários sacramentos e concebe a existência de um Deus misericórdia e graça, que age através da Igreja. Para os clientes católicos, em maioria no nosso estudo, o processo de doença é encarado como um acontecimento progressivo na vida dos humanos. Desta forma, durante a hospitalização é comum observarmos a manifestação dos clientes em receber o sacramento da reconciliação, a confissão dos pecados, e da comunhão. É aceite também, na comunidade católica os procedimentos médicos assim como a doação e transplantação de órgãos. Relativamente a outra crença, a das testemunhas de Jeová a posição relacionada com o processo de doença já assume outros contornos, pois os seus seguidores não aceitam as transfusões de sangue bem como os transplantes de órgãos.

Relação Semântica	Inclusão Estrita
Forma	X é um tipo de Y



Domínio Cultural Tipos de significados atribuídos à prática religiosa como manifestação espiritual no cliente em fase terminal.

Figura 3 – Domínio Cultural 3

2.2 A espiritualidade no contexto hospitalar

A enfermagem, como profissão do cuidar, situa-se hoje numa dimensão caracterizada por uma atitude em que o cuidado reflecte a globalidade do ser humano, integrado nos seus ecossistemas, tais como a família e o meio sócio-cultural (Coelho, 2000). Torna-se portanto fundamental ter presente que a humanização dos cuidados de saúde assenta na expressão da competência do enfermeiro reflectindo-se no respeito pela dignidade, individualidade e integridade da pessoa hospitalizada.

A doença é um fenómeno que é vivido como uma experiência que desencadeia momentos de crise e normalmente promove um processo de significações pessoais que são as principais responsáveis pelo sofrimento que lhe está associado, pela maior ou menor dificuldade, manifestada pelo cliente, em aceitar e reconhecer que está doente e, em face deste reconhecimento, adoptar um comportamento de confronto adequado através da mobilização e preparação de estratégias de *coping* (Gameiro, 2004).

É também relevante considerar que os mecanismos de *coping*, de acordo com Ribeiro (2005), diferem dos mecanismos de defesa, pois os primeiros assumem um cariz de inevitável tomada de consciência das estratégias escolhidas para a resolução de uma situação de crise, enquanto que os mecanismos de defesa ocorrem espontaneamente, sem esforço consciente e sem conhecimento do consciente. Da mesma opinião corroboram Snyder e Dinoff (1999), ao extraírem conclusões acerca das propriedades negativas dos mecanismos de defesa do Eu. Atendendo por inferência aos aspectos provenientes do passado, demonstram rigidez na forma de operar, são considerados inconscientes e, pelo menos nalgumas das suas modalidades, propiciam a que a realidade seja distorcida.

Por sua vez é aceite que o *coping* encontra-se mais orientado para o presente e para o futuro, correspondendo assim a estratégias mais flexíveis, largamente conscientes e atentas à realidade que rodeia o indivíduo. De realçar que segundo a teoria de Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992) a maior parte das pessoas recorre a oito estratégias de coping quando confrontadas com acontecimentos que provocam stress, que são:

- **Coping confrontativo** – Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e risco.
- **Distanciamento** – Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

- **Auto-controlo** – Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções
- **Procura de suporte social** – Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.
- **Aceitar a responsabilidade** – Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.
- **Fuga – Evitamento** – Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala contrastam com os da escala de “distanciamento”, que sugerem desprendimento.
- **Resolução planeada do problema** – Descreve os esforços, focados sobre o problema, deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.
- **Reavaliação positiva** – Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

Compreendendo as referidas estratégias, os domínios que se seguem foram, por nós, considerados como relevantes de modo que reproduzem o significado atribuído pelos clientes à prática religiosa como forma de manifestação espiritual, bem como as estratégias utilizadas. Reflectiu-se também na importância e nos sentimentos vivenciados pelos clientes em fase terminal e quais as necessidades por eles expressa. As necessidades relatadas e expostas revelam a preponderância das manifestações culturais dos clientes na expressão da espiritualidade.

Domínio Cultural

Tipos de estratégias de coping utilizadas pelos clientes em situação de doença terminal no contexto hospitalar

Torna-se evidente a importância em aceder à estrutura de significações do cliente, pois, quer na situação de saúde quer na situação de doença a pessoa é sempre única. Assim, nem todos os episódios de doença reflectem ou são vivenciados da mesma forma pela pessoa. Como se trata de estratégias que são utilizadas em função do contexto, do acontecimento e do cliente, é compreensível que as estratégias variem muito. Assim deve ser valorizado pelo enfermeiro a necessidade do cliente, perante as ameaças que a doença pode representar, em recorrer a estratégias de modo a diminuir os sentimentos face à situação de crise. No decorrer da investigação foram

observadas e compreendidas algumas das estratégias supra citadas, entre as mais utilizadas destacaram-se, a fuga-evitamento, a de auto-controlo, a de procura de suporte social e a de reavaliação positiva, conforme podemos constatar nas narrativas que se seguem.

Oração

A oração assume um papel comunicativo direccionado a uma força superior. Muitas pessoas são capazes de alterar a sua fraqueza pela força de Deus, passando eles a fazer pelos outros, através da cooperação com a ordem natural nos pensamentos e nas orações (Soeken & Carson, 1987). Provavelmente é a forma mais utilizada para intervir a nível espiritual. Ela é assim semelhante à meditação, pois envolve a contemplação ou reflexão diferindo apenas no sentido em que, ao contrário da meditação, a oração não é a repetição vazia de um som, palavra ou pensamento no qual a pessoa se concentra para atingir uma estado de calma psicológica, mas sim uma invocação oral dirigida a seres sobrenaturais, podendo ser de louvação, petição, súplica ou de agradecimento (Bolander, 1999; Marconi & Presotto, 2001):

“(...) eu converso muito com Ele quando vou à Igreja e mesmo aqui no hospital converso” (NC1).

Constatamos que a necessidade de internamento hospitalar, nos clientes, corresponde também a um conjunto de ameaças, em que é possível destacar aquelas que estão relacionadas com a necessidade de adaptação a um meio e a uma organização física e social diferente e com a limitação da privacidade, pelo que nessa situação os clientes recorrem também a estratégias para atenuar o desconforto sentido.

Deste modo e considerando o hospital como uma micro-cultura torna-se pertinente que o cliente encontre respostas humanizadas e mais indicadas à sua condição. Assim, humanizar implica, além de promover acções humanizantes, a existência de um processo orientado e permanente de cuidados que deve ser dirigido ao cliente enquanto pessoa e não quantificá-lo e torná-lo num objecto ao qual são apenas dirigidas tarefas e acções desprovidas de afecto. Igualmente, providenciamos que o internamento no hospital, por tudo o que pode acarretar para um cliente, acontecesse num ambiente propício de relacionamento afectivo proporcionando de imediato o início de uma relação de confiança, imprescindível para a eficácia do próprio processo terapêutico e em que o cliente pode utilizar as estratégias por ele definidas como prioritárias, conforme as seguintes narrativas explicitam:

“Eu rezo o terço todos os dias, não preciso do livro... já sei de cor” (E1).

“(...) trabalhava como os outros todos... igual... tinham as horas de

oração. Horas para o trabalho, horas para a oração, como outro qualquer”
(E1).

Em vários estudos, realizados em escala internacional, os resultados obtidos que abrangessem a temática espiritualidade e estratégias de *coping* eram peremptórios ao referir que clientes que demonstrem grande confiança e fé na espiritualidade e religião têm maior probabilidade de utilizar as estratégias de *coping* com o intuito de aceitar a sua doença de uma forma positiva e adequada (Weaver & Flannelly, 2004):

“(...) depois de rezar o terço a Nossa Senhora de Fátima... até parece que fico mais leve” (NC3).

“E muito rezava, muito rezava, muito rezava... mas rezava de rije³³” (E2).

“Rezou baixinho...” (NC6)

Reconhecemos que os actos de culto realizados pelos clientes, como estratégia de reavaliação positiva, redireccionam a sua atenção, distraíndo-os e promovendo a disposição da energia, de modo a combater a dor e substituir a solidão com a sensação de estar em comunhão com Deus e com aqueles por quem oram, conforme podemos averiguar:

“Pois, eu converso, rezo e Nosso Senhor sempre... não quer dizer que o Nosso Senhor vais estar sempre todo o dia a ouvir, mas...” (E4).

O cliente referiu que todos os dias reza e “(...) eu rezava e a minha família também reza muito por mim” (NC10).

As orações não são dirigidas ao vazio exterior mas sim para a interioridade do espírito que reside no âmago do seu ser, reflectem Solimine e Hoeman (2000).

A presença de um símbolo

A perspectiva do Homem, como ser de símbolos, de conceitos e pesquisador de significados, abre uma abordagem totalmente nova, não apenas para a análise da religião como tal, mas para a compreensão das relações entre religiões e valores. Assim, segundo Geertz (1989), se os símbolos são estratégias para englobar situações, então precisamos dar mais atenção à forma como as pessoas definem as situações e como fazem para chegar a termos com as mesmas. O conceito de cultura defendido pelo mesmo autor alude a um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e suas actividades em relação à vida.

³³ “Rezar de rije” é uma expressão utilizada nos Açores, que significa rezar em voz alta.

As expressões espirituais, um tipo de estratégia utilizada, que são ricas na presença de simbolismos também se encontram presentes nas Igrejas e templos. Segundo Hollins (2005) os símbolos encontram-se ligados a uma porta pela qual os indivíduos atravessam para adquirirem uma compreensão mais profunda do significado particular das necessidades espirituais e das origens da cultura. A utilização de símbolos pode ainda ser considerada como ponte de ligação entre as variações que ocorrem na vida cultural, espiritual e religiosa e possuem um significado e um objectivo transcendentes que se expressa por meio de imagens. Tendo presente esse raciocínio compreendemos que os clientes desejassem ter perto de si símbolos resultantes da sua orientação espiritual, entre eles a Bíblia, o rosário, imagens e pagelas de santos, medalhas com figuras e também a capa do Senhor Santo Cristo dos Milagres:

Na mesa-de-cabeceira do cliente deparei-me com uma imagem de Nossa Senhora de Fátima e os três pastorinhos e também um pequeno missal e ao questionar o cliente sobre a presença da imagem ele respondeu: “(...) é a Nossa Senhora de Fátima”, o que demonstra na verbalização um fervoroso respeito. (NC2)

Durante alguns momentos de interacção e de conversa informal com a cliente sobre a sua situação actual, não pude deixar de reparar na presença do terço na mesa-de-cabeceira ao que a cliente percebeu e referiu: “(...) se não fosse esta ajuda.” (NC3)

É importante salientar que, segundo Santos (1983), não há doença, anomalia ou qualquer outro tipo de função indispensável do ciclo da vida humana que não esteja sob a protecção de um santo milagroso, aquele para quem se volta o espírito da pessoa quando se depara com uma situação de imprevisto ou de adversidade perante a vida:

Enquanto que para alguns clientes a presença de mais um objecto com simbolismo espiritual parecia fazer parte da sua estadia ali no internamento e, neste caso específico, havia mais uma pagela com a imagem do Senhor Santo Cristo dos Milagres, ao que o cliente admitiu: “(...) é Ele o meu amigo.” (NC4)

A utilização destes mecanismos pode ser útil no sentido em que permite ao cliente a diminuição do efeito de choque da doença, promovendo de forma gradual a integração e manutenção do auto-controlo emocional como estratégia de *coping* (Gameiro, 2004). Neste sentido podemos considerá-los importantes no processo de adaptação à doença, como fracção presente da vida dos clientes, mas em contrapartida devemos estar despiertos para um dos riscos inerentes, ou seja, o facto da utilização dos

mecanismos não permitir aos clientes o contacto necessário com a realidade de modo a que encare e adopte os comportamentos necessários de procura e adequação aos meios de diagnóstico e terapêuticos.

No contexto encontramos um caso em que era evidente a presença constante de uma força, através da utilização de uma imagem, na vida familiar e profissional. A imagem é realmente uma presença e evocar tal presença introduz uma certa qualidade de energia (Hennezel e Leloup, 1998):

“(...) enquanto fui um homem do mar, a Nossa Senhora de Fátima foi sempre uma companheira... até no barco.” (NC5)

Outras pessoas encontram na presença de uma medalha, com uma imagem do Senhor Santo Cristo dos Milagres, que trazem sempre consigo, um contacto com a espiritualidade pois a presença dos símbolos está relacionada com os conteúdos interiores e mais profundos de cada um e com a forma de ver e viver a vida:

“(...) fio que tinha ao pescoço com uma medalha do Senhor Santo Cristo dos Milagres.” (NC8)

“(...) e só a tirei quando foi dos tratamentos de radioterapia. Nem para tomar banho. Tá sempre aqui.” (E4)

Ou mesmo através da presença da Bíblia pois o simbolismo que ela representa dá forma à energia psíquica e funciona como uma ponte entre o meio externo e interno do cliente, produzindo novos significados. É portanto pela constituição da imagem mental que a energia psíquica converte-se em possibilidade de transformação do indivíduo, por meio do conteúdo inconsciente (Jung, 2003):

“(...) a minha Bíblia está sempre comigo, para todo o lado que vou ela vai comigo.” (E5)

Para outras pessoas os familiares são os meios utilizados, como estratégia de procura de suporte social, para que a presença da imagem apareça na unidade do cliente. Essa manifestação tem por base o carinho e respeito, quer pelo simbolismo que a imagem representa, quer pelo carinho referente ao familiar:

“(...) o meu sobrinho é romeiro³⁴... e antes de ir para a romaria veio cá deixar-me esta lembrança com umas quadras que eles fizeram para dedicar ao Padre Manue.I” (NC11)

³⁴ A tradição romeira remonta aos tempos medievais quando era comum os fiéis visitarem os lugares sacros da Cristandade como acto de contrição pelos seus pecados e agradecimento pelas graças recebidas do Alto. A Romaria micaelense iniciou-se como consequência dos violentos sismos e erupções vulcânicas que abalaram Vila Franca do Campo em 1522 e 1563 respectivamente. Numa era em que os

Comungar

A toma da comunhão é um acto de grande importância para os clientes com orientação religiosa pelo que, mesmo em momento de internamento, essa manifestação revela-se tranquilizadora:

“(...) uma senhora costuma vir cá dar a hóstia, o senhor Padre lá de vez em quando. Mas é só aos Domingos, que eu pedi para ser aos Domingos (...) ele benze a hóstia... e tudo. Eu posso tomar a hóstia... pessoalmente eu posso tomar a hóstia.” (E1)

Algumas vezes essa acção é feita pelo capelão do hospital e outras vezes é feita pelos voluntários, pertencentes ao grupo de voluntariado do hospital, que são ministros da comunhão, que questionam os clientes da respectiva unidade se querem tomar a comunhão,

“(...) ao que todas responderam que sim. Então começaram a rezar...” (NC6)

A presença dos ministros da comunhão e do próprio capelão é desenvolvida após o preenchimento, na admissão do cliente, de uma ficha que reflecte o desejo, ou não, de apoio espiritual:

“As senhoras de bata amarela³⁵ costumam vir cá de vez em quando para eu comungar e aí eu tomo.” (NC7)

A comunhão é sentida, conforme pudemos constatar, como uma forma de ter presente mesmo em contexto hospitalar de uma força Divina que acompanha os clientes para todo o sítio. Torna-se, pois, cada vez mais importante a descoberta de determinadas

cataclismos naturais eram tidos como punição Divina pelos pecados do Homem, os sacerdotes locais tais como o Frei Afonso de Toledo instigaram o povo à prática da devoção e procissões marianas, passando os micalenses a peregrinar pelas capelas, Igrejas e ermidas da ilha rogando a protecção da Virgem e intervenção Divina para a resolução de seus males e aflições. A tradição romeira encontra-se bem viva nos corações e vidas dos habitantes actuais de S. Miguel.

A preparação para a romaria faz-se com bastante antecedência, desde após o Natal. Cada romeiro é instruído sobre as regras e comportamentos, faz o seu retiro espiritual amparado pelo Mestre – seu “irmão mais velho” – e prepara-se para uma profunda vivência religiosa, comungando todos os dias. Sabe que o espera uma semana de romaria, de grande sacrifício físico e elevação espiritual. O romeiro não vai “para ver aquilo como é...”, pelo contrário, encara a sua participação como manifestação do seu muito respeito a Deus e à Virgem Maria, em união com profundo sentimento de humildade, caridade e fraternidade, que se traduz no cumprimento tradicional de se beijarem mutuamente as mãos. Ao longo desta preparação, trocadas as experiências, afinados os cânticos e orações, são atribuídas a cada romeiro, de acordo com a idade, saúde e características pessoais demonstradas, as tarefas que irá desempenhar ao longo da semana de romaria.

Os ranchos de romeiros, de 20 a 50 homens, têm a duração duma semana, durante a qual percorrem, em redor da ilha, no sentido do movimento do sol, todas as Igrejas e ermidas com altar Mariano. São também pontos de paragem e oração todos os nichos com imagem da Virgem.

³⁵ As pessoas do voluntariado usam uma bata amarela sobre a sua roupa para poder haver uma distinção entre elas e as visitas.

expressões, físicas e mentais, como potencializadoras do bem-estar espiritual de cada um.

Para os clientes com definições muito fincadas acerca da sua orientação espiritual, a comunhão encara uma particularidade muito importante no dia-a-dia. Principalmente aos Domingos foi notória a preocupação declarada pelos clientes sobre a presença do ministro da comunhão ou simplesmente do capelão do hospital para proceder à entrega da hóstia.

Perante alguns casos referimos a existência da capela no próprio hospital e a celebração da eucaristia, facto ao qual os clientes não ficaram indiferentes, mas devido às situações de debilidade pensaram não ser muito profícuo, preferindo assistir à celebração através da televisão. Assim, a comunhão foi várias vezes, por nós observada, administrada na própria unidade do cliente:

“Só uma senhora é que costuma vir dar a hóstia, o senhor Padre lá de vez em quando. Mas é só aos Domingos, que eu pedi para ser aos Domingos (...) benze a hóstia... e tudo.” (E1)

Pedir auxílio

As relações do cliente com a religião tendem a apresentar modificações devido ao agravamento da situação actual ou à mudança do estilo de vida. As reacções podem variar desde o aumento da fé, até à rejeição da religião. A reacção de cada um vai depender sobretudo dos princípios regentes da sua religião (Nuno, Alves & Malcata, 1995):

“(...) quando eu me vejo mais aflita em certas ocasiões, como agora, eu já tou à muito tempo a pedir que a minha mãe (já falecida) me ajude. Eu peço muito que a minha mãe e o meu marido me dêem forças de enfrentar tudo o que me aparecer pela frente... o meu espírito é esse (...) eu penso... eu penso que tou falando com eles... com os santos que eu gosto... que o S. Lázaro curasse as minhas feridas como as suas feridas foram curadas... que Nosso Senhor ressuscite agente como ressuscitou.” (E2)

“Eu sempre pedi... e como agora eu tenho a minha doença mais prejudicada. Sempre pedi.” (E2)

Segundo os referidos autores, no que se refere à forma de reagir ao fenómeno religioso, existem quatro grupos de pessoas, que expomos a seguir:

- **Grupo I** – Apresentam, alternadamente atitudes e comportamentos religiosos saudáveis e débeis.
- **Grupo II** – Manifestam uma crença religiosa forte, saudável e constante.
- **Grupo III** – Referem ter crenças religiosas mas não a praticam com regularidade, recorrendo a essas crenças apenas quando experimentam situações de stress e de perigo, principalmente quando estão doentes.
- **Grupo IV** – Exteriorizam o desinteresse por assuntos de ordem espiritual e não apresentam inclinação religiosa.

É importante ressaltar que durante o percurso efectuado deparamo-nos com clientes que, de acordo com a exposição anterior, vão ao encontro das três primeiras categorias e não encontramos nenhum cliente manifesta-se total desapego por assuntos de cariz espiritual, o que também vem salientar a importância que essa necessidade abrange na vida das pessoas.

Rezar o terço

No decorrer da nossa permanência no serviço de internamento foi-nos possível assistir, embora que implicitamente, à reza do Rosário ou do Santo Terço, que é uma prática que é cultivada diariamente com fervor e interesse, porque embora constituído de orações simples, repetidas quase mecanicamente, tem na sua simplicidade uma verdadeira força que permite ao cliente encontrar um verdadeiro sentido na vida:

“Eu rezava o terço mais a minha irmã e tive sempre a casa muito cheia de gente.” (E2)

“A rezar o terço cinco semanas. Foi, foi... cinco semanas... o Espírito Santo estava na minha casa (...) e depois agente dizia as dez ave marias.” (E2)

“(...) e elas a rezar o terço antes do Espírito Santo ir-se embora” (E2).

A cliente referiu que *“(...) para mim é muito importante rezar o terço todos os dias, mas ultimamente, quando dou por mim... já estou a dormir.” (NC11)*

“Ao entrar no quarto do Sr.º Hélio reparei que ele encontrava-se de olhos fechados a dormir, ladeado pelas duas filhas. Uma delas segurava-lhe na mão, mão essa que segurava um terço entre os dedos emagrecidos.” (NC2)

Falar de assuntos extra-hospitalares

A comunicação verbal do cliente, que se encontra a vivenciar um momento de crise como a doença terminal, está associada aos domínios considerados importantes para a sua qualidade de vida e para que a comunicação seja mantida, é necessário que os domínios sejam reflectidos. Deste modo, ao ver-se confrontado com uma doença terminal, com uma conotação negativa é natural que os clientes evitem falar sobre a sua condição e prefiram falar sobre outras situações mais felizes de suas vidas, conforme pudemos verificar:

“(...) eles conversam comigo de outras coisas.” (E4)

“Quando fui efectuar a avaliação dos sinais vitais, mais especificamente a glicémia capilar, a Sr.^a Fernanda encontrava-se mais desperta, pelo que tentei conhecer um pouco mais da sua história. Conversamos um pouco sobre a sua vida fora do hospital, situação que lhe parece agradar, pois encontrava-se entusiasmada e expressiva” (NC6).

A atitude assumida pelos clientes em evitar falar sobre a sua doença remete para a negação da condição, um procedimento que Kübler-Ross explorou na teoria desenvolvida no percurso do seu trabalho com clientes em fase terminal. A negação funciona assim como um mecanismo de defesa perante o qual é avançada uma estratégia que lhes permite esquecer, ao menos temporariamente, os seus problemas e o sofrimento consequente dos mesmos:

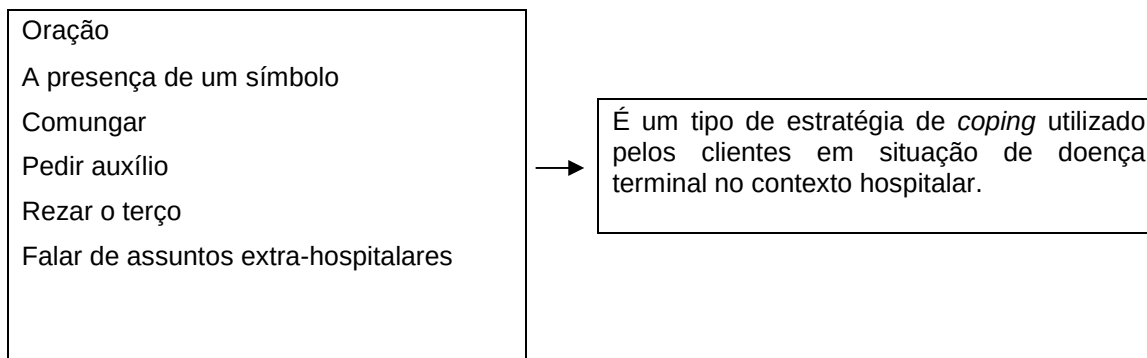
“Gostava de lhe dizer que gostei da nossa conversa. Às vezes faz bem falar de coisas que não sejam só a nossa doença, e dores e comprimidos. Faz bem falar de Deus... em qualquer sítio.” (E4)

Mas, não falar sobre a doença, a perda iminente da vida e dos relacionamentos foi uma das formas que os clientes encontraram para salvaguardar um pouco da sua auto-estima e em prol de tal acontecimento muitos preferem abordar temas mais comuns que fazem e sempre fizeram parte do seu mundo. Infere-se portanto que o desejo dos clientes assenta que as conversas e o relacionamento não sejam focalizados apenas única e simplesmente na doença.

Então compreendemos que no hospital o cliente depara-se com um meio desconhecido, quer ao nível do espaço físico, quer ao nível do espaço organizacional e ocorre uma separação do seu ambiente familiar. O cliente desconhece, nesse contexto em que permanece, os prestadores de cuidados e sente-se perdido no meio de tanta informação. É assim importante que os enfermeiros estejam despertos para as manifestações que o cliente possa apresentar, no sentido de compreenderem e

minimizarem os sentimentos de despersonalização à entrada no hospital e que os cuidados proporcionados, por um lado, colmatem as necessidades que estão para além da doença a ser combatida e, por outro, assentem na história única e pessoal de um indivíduo com família e com autonomia.

Relação Semântica	Inclusão Estrita
Forma	X é um tipo de Y



Domínio Cultural
Tipos de estratégias de <i>coping</i> utilizados pelos clientes em situação de doença terminal no contexto hospitalar.

Figura 4 – Domínio Cultural 4

Domínio Cultural

Tipos de sentimentos vivenciados pelos clientes na proximidade com o fim da vida

Habitualmente o indivíduo encontra-se desperto para a ideia de que está doente através de sintomas que lhe provocam algum desconforto físico ou correspondem, de algum modo, a modificações somáticas, cognitivas ou afectivas sentidas pelo próprio ou detectadas por alguém próximo. As reacções a estas alterações são diversas e, mais do que o processo de doença em si, dependem da forma como é interpretada a situação no contexto da trajectória existencial da pessoa e da sua percepção face às ameaças que a doença possa representar.

Desta forma a pessoa ao longo do seu ciclo vital vai, constantemente, sofrendo pequenas adaptações às situações e acontecimentos. Desses acontecimentos a morte é, porém, aquele que impõe e exige desafios emocionais de adaptação com, consequentemente, maior sofrimento para o indivíduo, família e meio.

Neste sentido é importante salvaguardar que cada cliente é um ser único, irrepetível e a estratégia utilizada para enfrentar a finitude da vida mostrou-se também uma

experiência única, porém dependente de uma multiplicidade de factores, que os mesmos referiram e manifestaram, tais como o bem estar físico e emocional, idade, valores, expectativa de vida, suporte familiar e social e a própria relação com a equipa de saúde.

Bem-estar

Os clientes quando confrontados com as situações de finitude da vida procuram o seu bem-estar interior, o seu bem-estar espiritual e, muitas vezes, o próprio bem-estar é conseguido pela presença e comunicação mantidas com uma imagem ou símbolo que reflecta a orientação espiritual de cada um:

“A presença das imagens... não... é conforme a nossa maneira de ser (...) eu sinto-me muito confortado. Muito, muito, muito, muito. E tenho... mesmo muito conforto.” (E3)

Leveza

Em resultado das manifestações espirituais os clientes referem um sentimento muito sincero de leveza e a oração, bem como a comunhão, em complemento com outras disposições, enquanto manifestações espirituais, complementam essa sensação:

“(...) quando tomo a hóstia (...) então não sinto... sinto uma leveza.” (E1)

“(...) eu rezo (...) rezo... e fico mais leve.” (E3)

O ir à missa reflecte-se também na necessidade de estar mais perto e de conseguir através dessa manifestação encontrar um sentimento de leveza interior:

“(...) indo à missa (...) é sim senhora, uma pessoa sente-se mais leve... mais...” (E6)

Medo

Viver a aproximação da morte é, para nós, um dos acontecimentos mais distintos e frequentes no nosso quotidiano enquanto enfermeiros. No acompanhamento às pessoas em fim de vida alguns autores referem ser um dever dar especial atenção e relevo à satisfação das necessidades espirituais de acordo com as convicções de cada cliente. Perante a perspectiva da morte numa proximidade temporal surgem com frequência as grandes interrogações sobre a vida, para as quais a espiritualidade se propõem dar resposta, através de processos religiosos de comunicação de paz, serenidade, força para a aceitação e sentido para o momento doloroso que vive (Frias, 2001). A cultura ocidental por outro lado, reprime, ainda, a morte como uma experiência transcendental evitando que o processo de morrer seja encarado como uma etapa de crescimento:

“(...) sabe menina... tenho medo... medo de não...” (NC4)

“(...) mas eu vou dizer uma coisa à senhora... eu tenho... nessas ocasiões ... nessas ocasiões agente sente medo. Agente sente medo... e bastante medo. E pensamos em tanta coisa... tanto medo que agente sente...” (E3)

Os clientes internados, nessa situação de finitude, percebem as suas limitações e mencionam o seu medo em permanecer sozinhos num quarto mais isolado:

“(...) eu tenho medo de estar aqui” (NC5).

Os medos relacionados com o processo de morrer provocam um sofrimento maior do que propriamente o medo da morte. O medo da morte é originado, com frequência, das lembranças da morte de algum parente ou amigo próximo, pelo que, se este processo que o cliente recorda foi doloroso ou assustador existe uma transposição para o processo da sua própria morte:

“Eu... quando soube da minha doença, primeiro fiquei com muito medo de morrer, é verdade... medo de morrer, pois uma pessoa pensa nesta doença e pensa logo na morte.” (E6)

Conquanto, algumas pessoas religiosas envergonham-se de sentir medo e acham que estão decepcionando a Deus e à Igreja ao revelarem a sua fragilidade. Torna-se nestes casos marcante fazê-las compreender que o Homem verdadeiramente corajoso pode sentir tanto medo quanto qualquer outra pessoa, o que o torna diferente é a sua capacidade de lutar, apesar de tudo, e não ser dominado (Stedeford, 1986).

Fragilidade

O sofrimento é uma característica ontológica do ser humano, enquanto consciente e confrontado com a sua vulnerabilidade e finitude. A doença apresenta-se como a fonte de sofrimento mais evidente, não só pelo sofrimento físico que pode provocar, mas também pela ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, porque lhe lembra a sua fragilidade, a confronta com a ideia da morte e, ainda, no caso particular do cliente hospitalizado, afasta e priva-o dos seus objectos de amor (Gameiro, 1998).

É difícil o cliente referir verbalmente a sua fragilidade, mas na presença em campo pudemos constatar a fragilidade exteriorizada pelo cliente, ou quando falava connosco com os olhos cobertos de lágrimas ou mesmo pela comoção transmitida nas palavras:

“Isso... agente começa a pensar nisso (morte)... (choro)” (E3)

Perda de sentido da vida

A doença avançada transporta para a pessoa uma série de perdas sucessivas, que colocam em perigo o seu equilíbrio. Estas perdas vêm primeiramente da própria doença, dos seus sintomas, que esgotam e promovem a angústia, tais como, dificuldades respiratórias, dor que não passa ou que volta a todo momento, entre outras. Bem depressa percebemos que ocorre também a perda do papel social. A pessoa doente é forçada a abandonar sucessivamente os seus compromissos e responsabilidades, o seu trabalho, a gestão da sua família bem como o papel na educação dos filhos e no casamento. Com o agravamento da situação clínica o cliente depara-se com a alteração da imagem que possui de si mesmo, o sucessivo enfraquecimento e a necessidade continua de presença de familiares. Em consequência os clientes verbalizam a perda de autonomia, nos níveis de mobilidade, da higiene, da alimentação, ou seja, das necessidades mais naturais e comuns inerentes ao ser humano. Todas essas perdas provocam no cliente a perda de sua identidade e de suas referências:

“Agente antigamente tínhamos sempre... agora agente sente de outra maneira (...) porque agente agora não somos nada... absolutamente nada... é porque não somos nada...” (E3)

A doença é para qualquer pessoa uma experiência dolorosa e geradora de desconforto, na medida em que tem o potencial de afectar todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspectos mais individuais até aos mais sociais. Desta forma a pessoa doente confronta-se com os seus limites, com a perda e repensa os seus valores:

“(...) já não há mais nada a fazer.” (NC6)

Assim sendo o sentimento de ameaça, perda, finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia estão mais vinculados e despertam nos clientes a sensação de desconforto e sofrimento.

Angústia

A angústia é frequentemente entendida como um estado de aflição, de sofrimento. Experimentada por todos os homens, em todas as culturas, confunde-se com o desespero. A palavra angústia remonta ao verbo latino *angere*, que significa apertar, e também ao termo *angustus* que dá uma conotação de estreito, apertado. A expressão latina *angustia* significa então estreiteza, limitação e/ou restrição (Cunha, 1998).

A realidade de estar doente é um processo habitualmente mediado por um contexto emocional muito forte. Além do mal-estar físico, a doença confronta o cliente com a

sua fragilidade, ameaçando-o com a possibilidade de perdas significativas, quer ao nível físico quer ao nível relacional provocando, assim, um sentimento de angústia e gerando insegurança em relação ao que poderá acontecer futuramente (Gameiro, 2004), conforme o que se pode constatar nas seguintes narrativas:

“Nesse dia a irmã do Sr.º Manuel tentava insistentemente alimentá-lo com um iogurte e o Sr.º Manuel apresentava um ar triste e desolado, com as lágrimas a correr pela face. Nesse momento pensei se me deveria aproximar, mas como já tinha entrado no quarto, optei por fazê-lo. Aproximei-me da cama e permaneci em silêncio. Os olhos do Sr.º Manuel estavam repletos de palavras que ele não conseguia expressar. Fiquei com a sensação que o cliente queria chorar, mas que não o queria fazer na presença dos familiares. De forma delicada dei a indicação à familiar para não insistir mais com o cliente na alimentação, pois já não estava a ser benéfica. Permaneci uns minutos ali ao seu lado sem nada dizer, apenas a observar as suas manifestações. Entretanto, e após ter saído acompanhada pelos familiares do quarto voltei a entrar e deparei-me com o Sr.º Manuel a chorar, quase compulsivamente. Perguntei se podia entrar e ele disse: “(...) sim, senhora enfermeira.” Permaneci perto dele sem nada dizer... apenas a ouvi-lo chorar”. (NC4)

Nos clientes em fase terminal, o sentimento de angústia aparece numa fase em que o confronto com a realidade torna-se cada vez mais presente. Segundo Santoni, Sarfati, Elbaz e Montagne (1998) o ser humano vive com a angústia congénita do futuro, do sofrimento e da morte. O medo da proximidade do fim da vida está enraizado no idoso, que assiste, às vezes lúcido e estóico, à sua lenta e dolorosa deterioração. Para os referidos autores, a angústia, a espera e o stress constituem a tríade inaugural do processo da morte. De salientar que de facto, no início de Janeiro, poucos dias depois da situação supracitada, o cliente faleceu na presença dos familiares mais próximos.

Revolta

A revolta aparece em consequência do confronto com as situações reais. Os clientes começam a tomar consciência do processo evolutivo da doença e questionam-se a si e aos outros o porquê de tal estado:

“(...) um homem que toda a sua vida lutou para não acabar assim.” (NC5)

“(...) mas, senhora enfermeira, quando eu soube da minha doença, foi um choque muito grande... tanta gente que anda para aí e nem liga a ninguém nem a nada... e foi logo calhar a mim.” (NC10)

“(...) uma pessoa leva a sua vida toda à espera de chegar a sua reformazinha para poder descansar e depois... depois são só desgraças. Se eu soubesse o que sei hoje tinha gozado mais a vida.” E6)

Tristeza

A tristeza sobressai também nas manifestações verbais e não verbais dos clientes. Muitos demonstram de modo não verbal a sua condição, evitando o contacto visual, utilizando respostas curtas e reticentes, apresentando longos períodos de silêncio e acessos de choro, como é evidenciado nas seguintes narrativas:

Desde que a Sr.^a Fernanda soube do agravamento da sua situação recusou os tratamentos sugeridos, ou seja, sessões de quimioterapia e desde então tem andado muito introspectiva e com humor depressivo. Nas interacções que desenvolvi com a cliente, esta parece deprimida, optando por não comunicar, e quando o faz utiliza respostas curtas e directas, muitas vezes voltando a face para o lado oposto ao sítio onde estou, como que a fugir. (NC6)

Em clientes com doença oncológica os sintomas mais comuns de depressão, segundo Pimenta, Koizumi e Teixeira (2000), incluem a tristeza, a culpa, a labilidade emocional, a desesperança, a desvalorização de si próprio e os pensamentos suicidas. Das referências efectuadas foi-nos possível identificar todos os sentimentos à excepção dos pensamentos suicidas.

Saudades

Derivado de longos internamentos em consequência do agravamento da situação actual os clientes, sobretudo os que estão deslocados da sua ilha transmitem um sentimento de saudade em relação à sua terra:

“(...) já tenho saudades da minha casa... já estou fora da minha terra à algum tempo.” (NC10)

A proximidade da morte, especialmente por doenças crónicas de longo percurso, leva os clientes a procurar meditar sobre a vida e a vida transcendental, ajudando-os desta forma a vencer as ilusões e a ambicionar consolo em Deus (Valente, 2000).

Os conteúdos e os significados do sofrimento humano são sempre únicos e pessoais e devem, nessa perspectiva, ser compreendidos. Frequentemente nós percebemos o

sofrimento de alguém, quer seja baseado nas atitudes e comportamentos, quer seja na avaliação subjectiva que efectuamos, sem no entanto entendermos o que de facto abrange e o que representa para a pessoa. Assim, a percepção do sofrimento humano “como uma experiência humana e subjectiva, carregada de significados e valores é eventualmente importante do ponto de vista do desenvolvimento humano” (Gameiro, 1998, p. 9) e impele a uma disposição de atenção e a um envolvimento existencial entre o enfermeiro e o cliente, resultando numa presença efectiva e numa partilha de momentos.

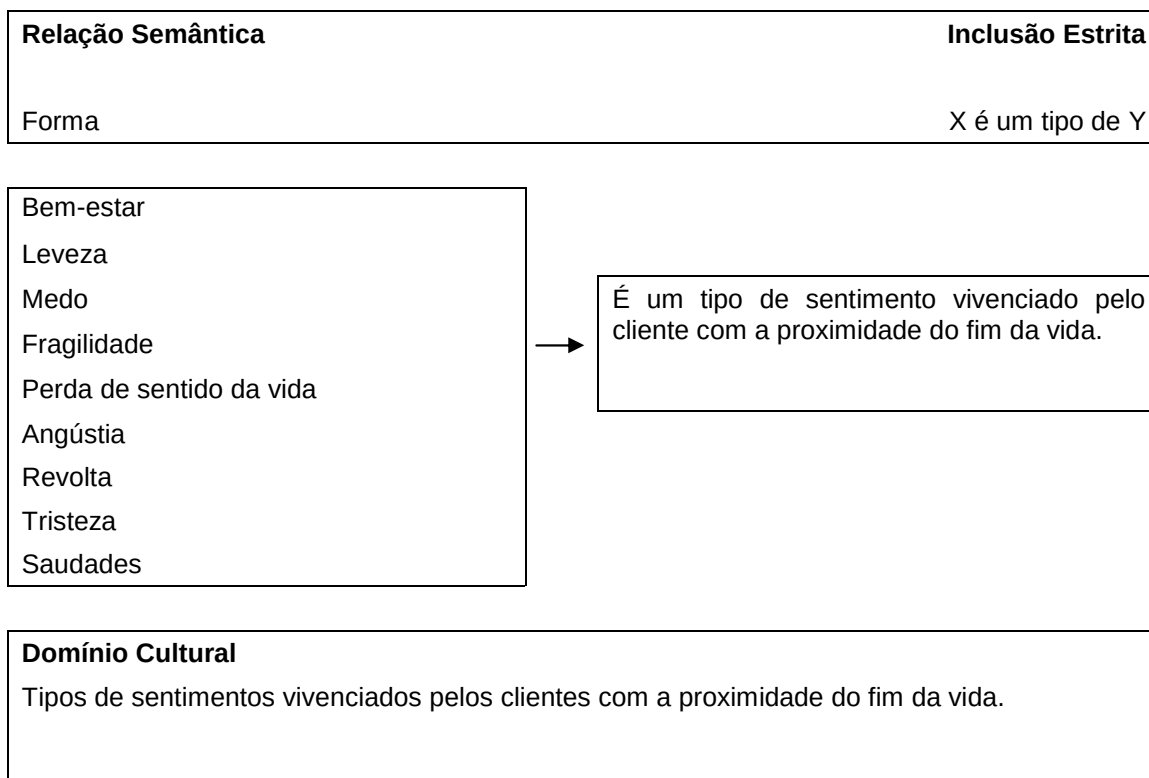


Figura 5 – Domínio Cultural 5

Domínio Cultural

Tipos de necessidades espirituais referidas pelos clientes em fase terminal

A abordagem holística do homem, no seu todo bio-psico-socio-cultural e espiritual, mostra como o mesmo vive em permanente estado de tensão interna, eventualmente conflituoso, em busca da satisfação das suas necessidades, quer na saúde, quer na doença. No que se refere às necessidades espirituais a abordagem necessita de um tratamento muito especial, pela forma íntima, pessoal e individual com que se manifestam em qualquer período da vida, nomeadamente no período de doença, já que as alterações nos papéis e padrões assumidos social e familiarmente constituem uma adaptação difícil.

Tornou-se, então, no contacto com o cliente e com a família do mesmo na entrevista de acolhimento ou no decurso de um processo de cuidados em que os enfermeiros encontram, na linguagem verbal e não verbal dos clientes, as particularidades reveladoras das suas necessidades espirituais. Mas é predominantemente no diálogo com os clientes que encontramos a expressão das necessidades espirituais. Assim, ao cuidarmos de um cliente em fim de vida, devemos ter consciência de que esse cuidar não é simplesmente uma questão de boas intenções, como refere Frias (2001). Tornou-se necessário perceber e conhecer essa pessoa, quais as suas capacidades, as suas necessidades e limitações. Simultaneamente foi também importante consciencializar o cliente para as suas próprias limitações de modo a direccionar as acções para ajudar o cliente a viver um momento único na sua vida – o seu momento final. Em concordância com Breitbart (2003) as necessidades dos clientes em fim de vida assentam essencialmente em nove, que são: necessidade de ser considerado como pessoa; necessidade de efectuar uma revisão da vida; necessidade de procurar sentido; necessidade de se livrar da culpa; necessidade de se reconciliar; necessidade de descobrir algo além da sua própria existência; necessidade de ser amado; necessidade de uma nova relação com o tempo e por fim a necessidade de continuidade. Estas acções proporcionam-se, não só no sentido das alterações físicas e psíquicas, mas também e sobretudo na satisfação das necessidades espirituais manifestas, das quais nos deparamos com as seguintes:

Conforto proporcionado pela família/amigos

A família desempenha um papel primordial no desenvolvimento do indivíduo, na afectividade e no crescimento. Assim, ao considerarmos os cuidados a desenvolver com um cliente não o podemos fazer de forma isolada sem reflectir na família da qual faz parte integrante.

Desta forma a presença dos familiares no hospital foi tida em consideração pelos enfermeiros até porque o horário de visitas é bastante extenso, como já foi referido, e abrange desde as treze horas até às vinte horas. Desta forma os familiares, em alguns casos concretos, foram uma presença assídua durante a nossa estada, o que facilitou a nossa prestação. Visto que possuem um conjunto de informações relativamente à história de vida do cliente, suas preferências, interesses, preocupações e hábitos, permitiu-nos focalizar a prestação de cuidados de enfermagem naquele cliente, de acordo com a individualidade e unicidade do mesmo (Bor & Elford, 1998; Pacheco, 2004; Fernandes, 2004).

Assim ao entrar no quarto do Sr.º Hélio verifiquei que se encontrava rodeado pelos três filhos, a esposa e o neto. No momento em que procurava entender se o cliente

tinha compreendido o consentimento informado (após um momento de conversa informal) entrou no quarto um outro filho que permaneceu fixamente os olhos em mim, pois encontrava-me sentada numa cadeira perto da cabeceira do cliente. Nesse instante os olhos do Sr.^o Hélio fixaram-se nos olhos do filho e começou a sorrir, perguntando:

“(...) como correu o teu dia” e “(...) como estão os pequenos?”(NC2)

Compreendemos que naquele momento a sua atenção estava direccionada para aquele filho, que ao chegar abraçou o pai e beijou-o na face emagrecida e deteriorada da doença e para as novidades que ele pudesse trazer do mundo exterior. Percebemos que a presença dos filhos e netos no quarto do cliente permite, fundamentalmente, envolvê-los na prestação de cuidados e, sendo as pessoas mais próximas do cliente, puderam fazê-lo através da demonstração de afecto e amor que o cliente naquele momento precisava de forma a minimizar os efeitos provocados pela hospitalização, o que vai ao encontro do que Almeida, Colaço e Sanchas (1997) referem no seu trabalho.

Para outros clientes o facto de poder ter perto de si as pessoas mais significativas do seu meio ambiente, como por exemplo os irmãos espirituais, é enriquecedor nesses momentos de maior apreensão:

“(...) e também tinha os... agente chama-se por ... as testemunhas de Jeová chamam-se todos por irmãos, irmãos no sentido espiritual, irmãos da mesma crença. Quer dizer que temos a mesma crença. Assim, tenho os meus irmãos que me visitam, a presença da minha esposa, e tenho também a Bíblia Sagrada.” (E5)

No cuidar a pessoa em fase terminal tivemos em mente a importância da família, e de pessoas significativas, como principal fonte de suporte e unidade base que enfrenta a doença conjuntamente com o cliente. A necessidade de confirmar as relações consigo próprio e com os outros, com Deus e com a natureza, bem como a necessidade de realizar valores transcendentais como a esperança, a criatividade, a compaixão, a fé, a paz, a confiança, a coragem e o amor são assim entendidas como necessidades espirituais de encontrar significado perante a doença e o sofrimento, mas contando com o apoio de familiares e amigos presentes nesta caminhada (Wright, 2005).

Rezar

O acto de rezar serve o propósito de combater a solidão ao oferecer ao cliente uma relação individual e íntima com Deus. Pode também, na sua forma partilhada, ser um

meio de proporcionar amor, quer humano quer divino, ao cliente, fazendo-o aperceber-se que é amado e compreendido na sua universalidade:

“É a fé. Eu apego-me aquilo... é uma força... eu não sei explicar. É como se fosse uma presença... um apoio (...) E quando não tenho, quando tou sozinho rezo o terço, e se não tiver o terço, conto pelos dedos.” (E1)

Enquanto os cliente se encontravam a rezar manifestaram várias vezes que tinham o sentimento de que podiam obter algum alívio para a sua doença pois a efectivação de que a doença física, independente da gravidade e da dor que provoca, encontra-se num nível secundário de importância na organização da sua existência:

“Converso muito, rezo. Quando tou em casa, de manhã cedo levanto-me, (...) vou para a minha sala e rezo o terço todos os dias (...) vou para a sala e estou lá a rezar, rezar. Agora tenho mais tempo para rezar, que nalgum tempo agente não tinha tanto tempo para rezar.” (E4)

“(...) faz-me bem... a noite em que eu não rezo eu não durmo bem, não durmo...” (E4)

Presença do ministro da religião

Alguns clientes manifestaram a necessidade e a vontade de terem perto de si por alguns momentos o capelão do hospital, o seu líder espiritual ou pastor, para os ajudar ou para conduzir alguns actos importantes como parte da sua caminhada:

Quando informei a Sr.^a Felicidade que o capelão iria passar por lá para atender ao seu pedido, ela agradeceu “ (...) muito obrigada (...) assim fico com a minha alma mais descansada.” (NC11)

Para que se mantenha o diálogo com o capelão é necessário que, antes de tudo, o próprio transmita compreensão nos seus actos, manifestando ao cliente a vontade inerente em entender o interior do cliente não apenas racionalmente, mas com o coração. A acção deve pautar-se por “andar pelo interior do outro com a sensação de que estamos dentro do nosso próprio eu” (Vila-Chã 2004, p. 3; Kovács, 2007):

“Porque até o capelão agente conhece muito bem... ele deu o curso de irmandade... a minha filha esteve com ele nos estudos (...) gosto que ele venha... é bom.” (E2)

“(...) já aconteceu, nos primeiros dias (...) foi muito importante... foi uma achegazinha muito boa.” (E3)

É importante compreender que a preocupação exagerada em falar sobre religião pode até bloquear o diálogo. Se o capelão não for capaz de sentir, ouvir e de acreditar que o

cliente também é um ser humano e ainda pode transmitir algo de importante sobre a vida, dificilmente se irá estabelecer uma relação empática, o que também evidenciamos nos momentos que passados conjuntamente:

“Quando ele vem cá eu falo com ele, outras vezes são as senhoras da bata amarela que vêm e dão a comunhão, e rezamos...” (E4)

Vila-Chã complementa a ideia anterior ao verbalizar que nos momentos difíceis o cliente precisa *“muito mais da empatia do que da nossa teologia”* (2004, p. 3).

Tempo de reflexão

O facto de existir disponibilidade por parte dos enfermeiros, com intervenções úteis, para avaliar ou diminuir o sofrimento dos clientes, reconhecer a existência desse sofrimento, ouvir e testemunhar histórias torna-se importante para a criação de um contexto de cura e de redução do sofrimento através da capacidade de reflectir conjuntamente. Muitos clientes têm necessidade de falar sobre a sua vida, reflectir, voltar ao passado e reavaliá-lo diante de novos valores buscando um sentido mais próximo para os seus sentimentos:

“(...) mais próximo... sim, sim, mais próximo (...) de nós próprios... para reflectir.” (E3)

A reflexão e contemplação com um objectivo dá a oportunidade ao cliente de recolher em si próprio e alcançar uma sensação de paz interior. Reflecte-se também como um mecanismo de ganhar *insight*³⁶, o que muitas vezes auxilia o cliente a atribuir significado à sua situação (Bolander, 1999).

Falar a Deus

As necessidades espirituais focalizam-se assim na descoberta, através de uma conversa íntima e pessoal, de um significado e objectivo para a vida, para a doença e para as situações da vida. Muitos clientes manifestaram-nos a sensação de conforto que sentem ao conversar com Deus. E quando nos referimos a conversar, convém explicar que, não se trata apenas do acto de rezar, da ladainha em si, mas sim uma

³⁶ O termo *insight* foi introduzido na Psicologia pela Teoria da Gestalt e refere-se à reorganização do campo perceptivo e também a processos mais complexos de pensamento. A nível de uma definição operacional de *insight*, que permita o seu reconhecimento, pode-se começar por lembrar a posição de Gestalt afirmando-o como a descoberta súbita da resposta a um problema. Cf. Mayer, R. e. (1996). *Thinking, problem solving, cognition*. New York: Freeman.

Numa linguagem mais recente é considerado como a passagem súbita de um estado de desconhecimento ou de incompreensão para um estado de conhecimento e resolução face a um problema. Ou se quisermos, numa perspectiva ainda mais consensual, a reestruturação súbita de informação na substituição de uma representação para outra que, por fim, resolve o problema. Cf. Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed Editoras.

conversa mantida com os olhos postos numa imagem transcendente, mas bem real, e presente nas vidas daquelas pessoas que ali se encontram devotas da sua fé.

Assim, não ficamos surpresos ao ouvir os clientes referirem que gostam de estar na Igreja sozinhos e a conversar com Deus, bem como ir à Igreja e chegar mais cedo do que a hora da missa, para poder:

“(...) estar um bocadinho a falar a Deus.” (NC6)

Efectuar pedidos

Quer seja através da oração ou da devoção, os pedidos a Deus ou a uma entidade Divina superior são uma constante do povo açoriano. Perante as intempéries a que estão habituados e todas as situações relacionadas com o seu dia a dia, também na doença, os pedidos surgem como forma de manifestar a angústia, anseio, sofrimento e necessidade perante uma fase ou momento da vida. Na vida prática muitos são os pedidos efectuados, entre eles:

“(...) oh meu Espírito Santo ajuda-me. E que tudo corra pelo melhor... que não me dês más notícias... eu pedi então... e depois fui para a Doutora.” (E2)

“Ele tem-me ajudado em tudo quanto eu lhe peço (...) os meus rapazes às vezes brincam e dizem: a minha mãe está sempre a rezar, e nestas rezas todas a mãe podia rezar um bocadinho pela gente.” (E4)

“Eu pedi logo... Jacinta ajuda-me, dá-me coragem (...) para mim enfrentar o que é preciso.” (E2)

Tomar a comunhão

Entre as necessidades por nós identificadas como pertinentes, para os clientes em fase terminal, a comunhão parece ser uma das mais relevantes. Na Igreja a eucaristia é um dos sete sacramentos e comungar ou receber a comunhão é o nome dado ao acto pelo qual o fiel pode receber a sagrada hóstia, sozinha ou acompanhada de vinho consagrado. Desta forma, segundo a religião cristã e a verbalização de alguns clientes, para receber a comunhão a pessoa precisa de estar plenamente incorporada na Igreja católica e em estado de graça, isto é, sem consciência de pecado. Quem tem consciência de ter cometido algum pecado grave deve receber o sacramento da confissão antes da toma comunhão:

“Eu quando entrei a enfermeira perguntou se eu queria tomar a hóstia... eu disse que sim.” (E4)

“(...) uma senhora costuma vir dar a hóstia (...) eu posso tomar a hóstia... pessoalmente eu posso tomar a hóstia.” (E1)

“(...) eu não sei explicar... é uma parte (...) quando não comungo... parece que o dia já não é mais o mesmo.” (NC11)

Efectuar leituras da Bíblia

A leitura pode ser uma fonte de relaxamento e/ou de apoio espiritual pelo que se manifesta como uma necessidade presente. Alguns clientes recorrem às escrituras da sua religião como forma de se sentirem apoiados ou até mesmo para procurar alguma orientação. Apesar de a Bíblia Sagrada ser um livro universal, cada pessoa efectua a sua interpretação pessoal, tendo em consideração os aspectos que lhe são mais relevantes:

“(...) eu considero-me uma pessoa espiritual, mas não me considero sabedor de tudo (...) agente nunca acaba de aprender... a Bíblia Sagrada, costuma-se dizer, é como um poço sem fundo... tem sempre que tirar. E é interessante, a Bíblia está escrita há milhares de anos (...) e serviu naqueles dias em que foi escrita, como serve nos dias de hoje. Serve nos dias de hoje, pois os conselhos que ela deu, que serviu para o povo naquele tempo, há milhares de anos atrás serve hoje. E tem-me servido aqui, para que todos os dias faça uma caminhada espiritual para o interior de mim mesmo... eu posso ter a doença mais ruim do mundo, mas o que limpa a alma e me traz alguma paz é a leitura que faço, várias vezes ao dia, da Bíblia.” (E5)

Muitos clientes demonstram conforto com a leitura de algumas passagens da Bíblia ou de outras escrituras sagradas relativamente à fé de cada um (Bolander, 1999).

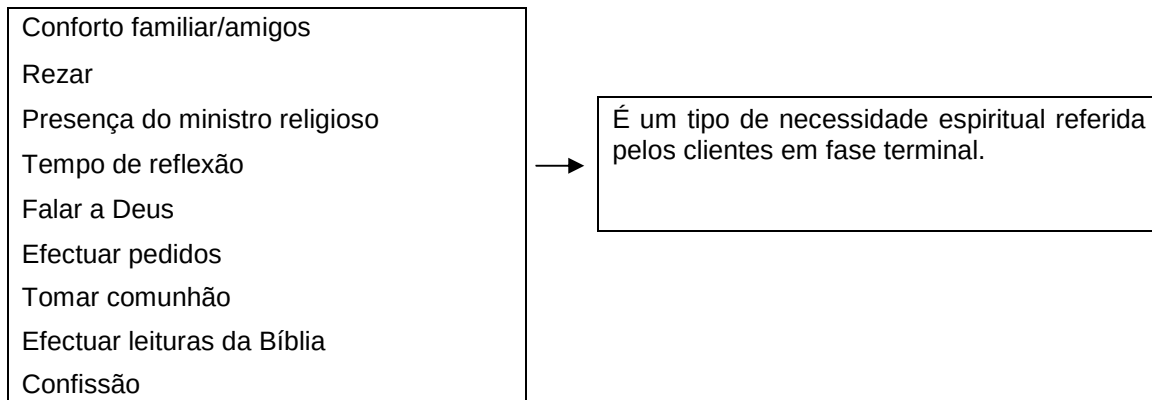
Confissão

Muitos actos religiosos só podem ser realizados por pessoas do Clero – pessoas ordenadas para o serviço de Deus. Nesse sentido, os clientes podem mostrar preferência em partilhar certas intimidades com o seu conselheiro religioso do que com os profissionais de saúde, pelo que deve ser respeitada a sua vontade (Blanche & Parkes, 2003). Segundo a opinião de muitos clientes os clérigos satisfazem a necessidade espiritual de perdão:

“(...) se conseguisse que ele viesse cá... gostava tanto de me confessar. Quando foi para vir para o hospital, foi tudo tão rápido... nem falei com o nosso Padre para me confessar... eu gostava”. (NC11)

Sempre que necessário, e tendo em consideração o preenchimento do impresso da capelanía na admissão do cliente, o capelão do hospital, ou se o cliente preferir algum sacerdote da sua confiança, deve estar incluído no planos de cuidados para o cliente. Nesses momentos deve ser iniciada uma parceria de cuidados de saúde, física e espiritual de forma a colmatar alguma necessidade identificada. Na realidade observada a presença do capelão do hospital era bi-semanal e conforme a necessidade do serviço podia estender-se a um maior número de visitas. Os profissionais de enfermagem são os principais conhecedores das necessidades espirituais identificadas e contribuem de forma directa e objectiva com o capelão do hospital.

Relação Semântica	Inclusão Estrita
Forma	X é um tipo de Y



Domínio Cultural Tipos de necessidades espirituais referidas pelos clientes em fase terminal.

Figura 6 – Domínio Cultural 6

Domínio Cultural

Razões para os clientes pedirem auxílio a uma entidade transcendente

Num momento de crise e, quando as pessoas não têm a capacidade de resolver os problemas que se lhes deparam pela frente, recorrendo a soluções objectivas, procuram encontrar a solução no domínio sobrenatural. Assim, a religião, como um sistema *emic*, ou seja, um sistema de classificação e organização do mundo envolvente assume um papel importante na vida dos clientes, pois eles tendem a utilizar a manifestação espiritual para lidar com problemas que outros sistemas, como a ciência, não são capazes de resolver, ou, então, cujas respostas são mais difíceis de entender e não produzem um ganho psicológico imediato (Batalha, 2005). No fundo, a

religião assume um papel que reflecte um conjunto de crenças e comportamentos pelos quais as pessoas tentam adquirir controlo sobre o que não é controlável de outra forma.

O Homem, como ser vivo que é, um dia verá a sua caminhada chegar ao fim, sendo a morte a meta dessa caminhada e que ninguém pode alterar, mesmo que caminhe por muitos e longos anos. Neste contexto, constatamos que o idoso, na generalidade, vivencia intensamente o seu passado e pouco o seu futuro. Tal acontece, pensamos, porque quando se é jovem ou adulto as actividades são projectadas sem que se pense em quantas folhas faltam no calendário para o dia da morte e se vale ou não a pena efectuar as referidas actividades. O dia da morte é uma incógnita para todos os seres humanos, mas quando a idade começa a avançar a vontade de desenvolver projectos e efectuar planos já não acontece, porque se julga que a morte está perto. Para a maioria das pessoas a religião, como manifestação espiritual, oferece respostas e soluções para um conjunto de problemas que surgem no dia-a-dia do cliente, conforme se pode constatar nas declarações seguintes:

Medo de enfrentar a finitude

Quando questionado o cliente em relação à sua situação actual houve uma retracção no olhar, conjuntamente com um movimento de baixar a cabeça e referiu:

“(...) a doença já não me deixa falar como deve de ser (...) o médico disse que era um problema nos ossos.” (NC2)

Isso decorre do facto da existência de uma revolta interior derivada da não-aceitação da sua situação e da proximidade com a morte nunca referindo a palavra cancro. O cliente não consegue definir os sentimentos relativamente à situação actual:

“(...) como é que eu encaro... eu não sei, não sei... só se foi alguma asneira que eu fiz...” (E1)

O Homem tem, assim, a consciência da sua mortalidade, no entanto, são as doenças e a denominada velhice que lhe transmitem um sinal de alarme para a consciencialização dessa realidade inalterável e irrefutável (Sousa, 1993).

Medo em saber o resultado dos exames

Embora sempre presente na vida das pessoas a necessidade de recorrer a uma força superior, sem nome definido, acentua-se quando está presente uma ameaça como seja a sentença de uma doença grave ou terminal. Assim os clientes, com quem nós convivemos mais de perto, referiram todos sentirem uma maior necessidade “dessa” força Divina para lhes orientar a vida.

À chegada ao quarto da utente esta encontrava-se desperta e com o olhar um pouco apreensivo. Abordei-a com um *“bom dia, como está?”* ao que a cliente respondeu:

“(...) vai-se andando.” (NC3)

E desviou o olhar. Aproximei-me da cliente e olhei-a de modo a tentar compreender se existia algo que a perturbasse. A Sr.^a Emília manteve o silêncio e olhou para mim. Questionei-a como tinha sido a noite e a cliente referiu que tinha sido calma e que tinha descansado. *“E esse olhar?”*, questionei. A Sr.^a Emília voltou a olhar fixamente para mim e disse que tinha falado com a médica:

“(...) as notícias podem não ser as melhores...” (NC3)

“(...) se não fosse esta ajuda (...) depois de rezar o terço a Nossa Senhora de Fátima... até parece que fico mais leve.” (NC3)

Neste caso o rezar o terço manifesta-se como uma forma de encontrar algum equilíbrio entre a realidade e o desejo de auxílio perante uma força sobrenatural.

Confronto com um momento de crise

A espiritualidade é, conforme já foi referido anteriormente, vivenciada por todas as pessoas. No entanto, a pessoa torna-se mais consciente da sua própria espiritualidade ou da necessidade de apoio espiritual quando se confrontam com uma situação de doença, quando há a perda de esperança de viver ou sobretudo quando a pessoa sabe ou pressente que o momento final está perto (Azevedo, *et al.*, 2005):

“Eu sempre pedi... e como agora tenho a minha doença mais prejudicada (...) eu sempre fiz muitas promessas.” (E2)

“(...) oh meu Espírito Santo ajuda-me. E que tudo corra pelo melhor... que não me dês más notícias... eu pedi então... e depois fui para a doutora.” (E2)

“(...) quando eu me sinto mais fraca (...) eu chamo por Nosso Senhor por alguma coisa da vida, coisas... que não dão certo.” (E4)

“(...) e então ele é que me disse abertamente... tu tens um tumor no recto. Tens que ser operado e ficar com um saquinho no lado da barriga para o resto da tua vida (...) o teu recto vai ser cozido. Isso foi novamente uma má notícia. Mas depois... eu comecei a pedir a Deus para me ajudar e... para me fortalecer (...) eu senti mais necessidade de chamar por Deus para me ajudar naquele momento (...) naquela altura eu tive de chamar por Deus por causa de Ele me ajudar, mas agora eu continuo a chamar por Ele todos os dias.” (E5)

Para Marconi e Presotto (2001) as normas religiosas baseiam-se nas incertezas da própria vida e variam muito de sociedade para sociedade. Entretanto, tornam-se mais evidentes nos momentos de crise do indivíduo como é o caso da situação de confronto com a terminalidade.

Hospitalização

A situação de doença, em particular as doenças graves, de sintomatologia aguda e dolorosa, com prognóstico incerto e de um modo geral todas as que requerem internamento devem ser entendidas, como uma crise. Comprovamos, então a premissa anterior ao verificar que as situações que se apresentam ao cliente de modo diferente ou com agravamento e com alteração das respostas habituais devido à sua insuficiência ou inadequação, vão exigir uma readaptação dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos. Os processos desenvolvidos pelo cliente para enfrentar a situação actual, de acordo com Gameiro (2004) são organizados, considerando as crenças e valores fundamentais, as vivências anteriores, as atribuições causais e as expectativas de resolução.

Relativamente ao processo de hospitalização e confronto com a doença, os clientes relatam ser importante, durante essa fase, manter a fé e a confiança:

“Eu peço sempre ao Espírito Santo que me ajude...eu tenho confiança Nele. O S. Nicolau que me ajude.” (E2)

O processo desenvolvido, por esta cliente em particular, para ultrapassar a situação actual reflectiu-se também na presença de uma pagela com a imagem de S. Nicolau que guarda na sua carteira.

É de ressaltar que aquando do processo de hospitalização os clientes referem estar mais vulneráveis, mencionando um aumento da fé, conforme podemos constatar:

“(...) é mais. Mas às vezes eu digo, Senhor, no início eu pedi... quando eu tou doente eu não sei fazer nada (...) eu tinha rezado o terço.” (E3)

“O dia que o meu marido foi operado eu fui à missa em Coimbra, na Senhora da Conceição (...) e o senhor Padre estava rezando a missa e estavam a ler a oração ali... pelos fieis... e eu pedi pela Lúcia e pedi pela Jacinta... e quando eu pedi pela Jacinta... eu senti uma coisa assim... (nesse momento leva as duas mãos fechadas ao peito e aperta) e eu disse, Senhor, eu penso que tu me vais ajudar... eu fiquei toda arrepiada... vai ser tu que me vais ajudar e o meu marido... vai correr tudo bem.” (E2)

Assim, evidencia-se que, seja qual for o aspecto determinante (significado atribuído à doença, modo de reagir a situações de stress ou o domínio em que a doença é comprovada como um problema) compreendemos a diversidade das atitudes utilizadas para enfrentar a situação e também a necessidade de recorrer a estratégias de *coping* com o intuito de protecção relativamente a sentimentos destabilizadores.

Agravamento da situação

As reacções emocionais frente à doença são modulados por aspectos relacionados com a doença em si, com o indivíduo, o seu contexto sociocultural e o seu estilo de vida. Assim os significados relacionados com doença física são, sobretudo, uma construção pessoal, de acordo com as experiências internas e externas vivenciadas pelo cliente. Embora possamos constatar o conforto proporcionado pela presença espiritual de alguma existência ou alguma pessoa, a questão envereda por uma outra diferença que assenta na interrogação de saber se as pessoas obtêm ou não aquilo que pretendem com a religião. Essa reflexão permitiu-nos determinar que os clientes em fase terminal adquirem conforto psicológico, com uma presença espiritual, contra a ansiedade provocada pela incapacidade de controlar o seu próprio destino:

“(...) ele pediu-me que fosse buscar a capa ao santuário³⁷... para lhe ajudar a aliviar as dores... só Ele é que o pode ajudar.” (NC 7)

“E nessa altura olhou para a capa que cobria os seus pés e apertou com mais força a mão do Sr.º Marco contra o seu peito e as lágrimas que tentou conter, não conseguiu... e chorou. Permaneci junto da esposa do Sr.º Marco em silêncio.” (NC 7)

“(...) foi agora... nessa última... nesses últimos tempos... mais tarde. Desde há dois anos e pouco... desde que estou com esse problema. Desde essa altura. Depois tratei-me, tratei-me. Tava boa, tava boa e agora tornou a dar problemas. Apareceu-me um outro cancro no estômago e agora...” (E4)

“Desde que senti mais fracasso na minha doença... mudou, mudou... muito! Foi sim senhora, para mais... é sim senhora”. (E4)

“Isso foi novamente uma má notícia (...) eu senti mais necessidade de chamar por Deus para me ajudar naquele momento”. (E5)

³⁷ Todos os anos, a imagem do Senhor Santo Cristo dos Milagres, no 5º Domingo após a Páscoa, apresenta-se aos devotos com uma capa adornada. Essas capas fazem parte de uma vasta colecção de valor incalculável que se encontram guardadas no convento da Esperança, no santuário perto da imagem. São adornadas com jóias pessoais que os devotos oferecem. Algumas são concedidas aos clientes/familiares para que o Senhor Santo Cristo seja uma presença constante no momento difícil que cada um percorre.

Quando questionado acerca da dimensão espiritual enquanto doente internado, o cliente referiu,

“(...) senti que precisava que Ele estivesse comigo, pois nunca se sabe.”
(NC10)

“ Ele está sempre connosco, mas quando nos sentimos fracos e estamos prestes a virar-lhe as costas, Ele dá um sinal para vermos que Ele está ali (...) e eu pensei logo... quando me pediram... isso é um sinal de Deus a dizer que não se esqueceu de mim.” (E6)

Necessitar de algo

Segundo o modelo proposto por Kübler-Ross (1981) a negociação com uma entidade transcendente é uma das fases percorridas pelo cliente em fase terminal que demonstrou ser bastante útil. Reflectimos, no decorrer do estudo, uma tentativa de adiamento da morte através de um tipo de acordo que implicou uma promessa implícita. Segundo a mesma autora a maioria das negociações é feita com Deus e mantida em segredo e os principais pedidos assentam no prolongamento da vida, alívio do sofrimento e a realização de um desejo:

“Quando eu tenho falta de alguma coisa.” (E4)

“Quando eu me sinto mais fraca (...) eu chamo por Nosso Senhor por alguma coisa da vida... que não dão certo. Eu peço tudo ao Senhor Santo Cristo.” (E4)

“(...) fazer os nossos pedidos a Deus para que nos ajude na nossa vida, para que livre os drogados do mau caminho, as prostitutas da má vida... as crianças que não tem lar nem pão.” (E2)

Compreendemos, nesta fase, que os clientes sentem-se devidamente indefesos e com necessidade de recorrer a uma força maior para os poder amparar.

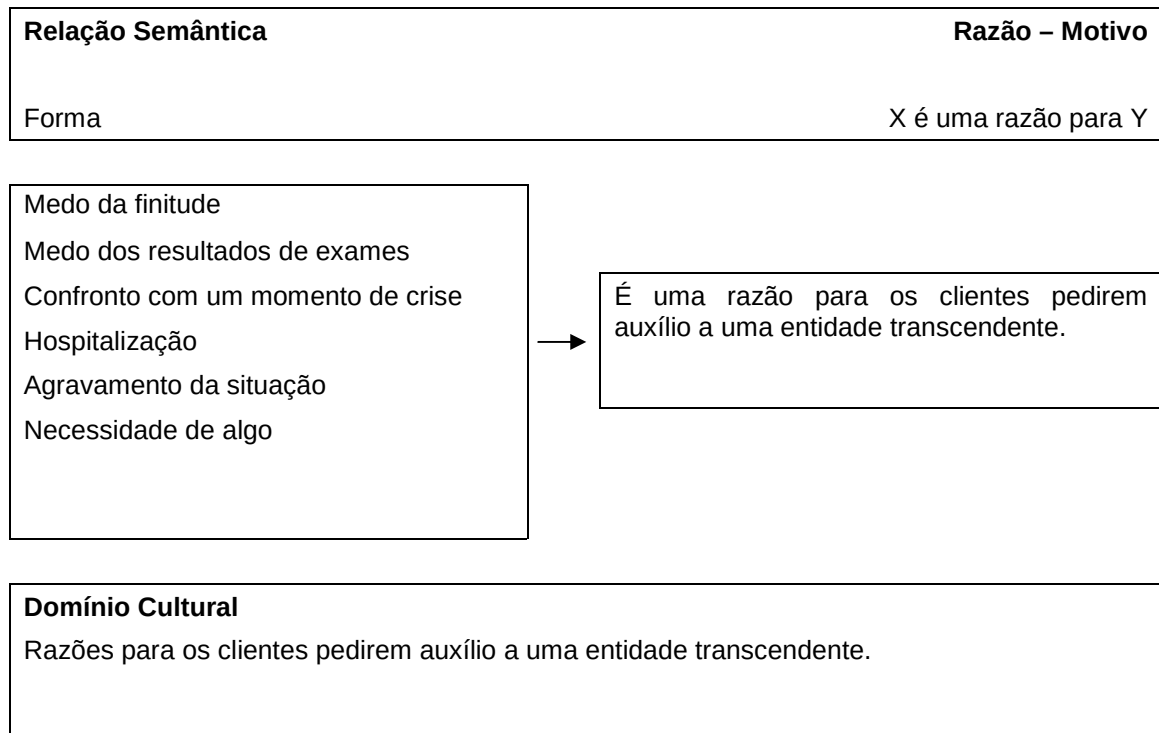


Figura 7 – Domínio Cultural 7

2.3 Manifestação cultural da espiritualidade

Numa sociedade cada vez mais multicultural os cuidados de saúde são prestados por diversos enfermeiros a clientes com diferentes modelos de educação, crenças, filosofias, etnias e religiões. Deste modo, com o intuito de reconhecer o verdadeiro âmago da sua condição em cada cliente, os enfermeiros devem expandir os seus conhecimentos para além da linha das necessidades biológicas, ou seja, no âmbito do cuidado espiritual, alargando os horizontes no que se refere às várias tradições religiosas, de modo a que possam ser capazes de promover uma prestação de cuidados verdadeiramente holística. Assim, quanto mais o enfermeiro ampliar os seus conhecimentos sobre o conceito de cuidar espiritual e sobre tradições espirituais específicas, mais eficientemente poderá lidar com os clientes (Bolander, 1999).

Dos domínios culturais, seguidamente apresentados, reforçamos a importância que a cultura o meio sociocultural assume na dinâmica diária dos clientes e como essa dinâmica afecta, de forma positiva consideramos nós, as manifestações espirituais do cliente. Foi também valorizado pelos clientes as características que identificam e caracterizam uma pessoa religiosa, até porque muitas das características referidas os clientes encontram em si próprios.

Domínio Cultural

Formas utilizadas pelos clientes para manifestar a espiritualidade como prática cultural

Para que os enfermeiros possam efectivamente compreender os clientes numa abordagem holística torna-se relevante reflectir sobre as formas que os mesmos utilizam para manifestar a sua prática espiritual, resultante de uma imersão cultural, desta vez num contexto diferente, o contexto hospitalar.

Compreender as manifestações espirituais dos clientes como prática cultural assenta na percepção dos significados dos comportamentos observáveis e referidos pelos clientes, entre os quais:

Aprender o catecismo

A cultura fornece então um conjunto de directrizes que são herdadas pelos membros dos grupos ou sociedades. As referidas directrizes transmitem aos membros do grupo uma forma de ver o mundo, de o viver emocionalmente e de se relacionar com outras pessoas (Helman, 2003). Para o cliente é através da aprendizagem das mensagens transmitidas pelo catecismo, de forma explícita ou implícita, que o ser humano vai moldando a sua existência:

“(...) tudo quanto eu sou hoje... o catecismo... é sobre esse livro que eu fui criado (...) e quando era criança e com o senhor Padre eu aprendi o catecismo todo (...) aprendi na catequese e no missal.” (E1)

Ainda para outros clientes é através da presença de símbolos, de linguagens comuns e de rituais que o indivíduo encontra uma sintonia para a manifestação da espiritualidade como prática cultural.

Rezar com o Terço

O Terço é um conjunto de Avé-Marias e Pai-Nossos. São cinquenta Avé-Marias rezadas em grupos de dez, que se chamam mistérios. Após cada mistério segue-se um Glória ao Pai. O Terço, conforme o nome indica, é a terça parte do rosário.

Assenta assim num conjunto de orações, de actos de amor, que fazemos meditando nos principais mistérios de nossa fé:

“É rezar (...) rezar o terço todos os dias, não preciso do livro... já sei de cor.” (E1)

(...) agente rezava o terço todos os dias à noite” (E1).

“Agente já tá tão habituados a rezar o terço todos juntos, temos as nossas orações.” (E2)

O acto de rezar, orientado pelo terço, é uma das formas que os clientes encontraram, durante a sua permanência no serviço de internamento, para manifestar a sua espiritualidade. Foi-nos possível observar essa manifestação e algumas pessoas faziam-no de manhã, após os cuidados de higiene e outras faziam-no à noite, após a ceia.

Realizar ofertas

Por meio de cultos e rituais, públicos ou privados, os indivíduos tentam conquistar ou dominar, pela oração, ofertas, cânticos, sacrifícios, danças, entre outras, a área do seu universo espiritual (Marconi & Presotto, 2001).

Deste modo, através da irmã do Sr.^o Manuel consegui apurar que a devoção ao Senhor Santo Cristo é devido ao facto de a mãe de ambos já ter tido, antes do Sr.^o Manuel, dois filhos rapazes, mas que após pouco tempo de vida morriam sem causa aparente, o que deixava os familiares abalados:

“(...) a minha mãe não percebia porquê e até chegou a perguntar a Deus se Ele não queria que ela tivesse filhos homens. Por isso assim que nasceu o Manuel a minha mãe foi logo à Igreja do Senhor Santo Cristo e ofereceu-o para Frei.”³⁸ (NC4)

Para outros clientes a dádiva espelha-se numa causa material, de valor económico e sentimental. Essa tradição, segundo um pároco local é muito remota e antigamente as pessoas ofereciam o que tinham de melhor em géneros alimentícios, lacticínios e outros. Agora, como o nível de vida melhorou significativamente entre as comunidades religiosas, essas oferendas convertem-se em bens como ouro ou até mesmo dinheiro:

“(...) eu ainda não disse a ninguém, mas... eu estou para ir ao Convento da Esperança para estar com o Senhor Santo Cristo dos Milagres para lhe dar uma oferta em ouro para lhe dar para a capa. Ainda não fui, ainda não tive oportunidade. Está lá em casa separada, para dar, uma oferta em ouro ao Senhor Santo Cristo... e pedir às irmãs, às freiras, para se eu pudesse colocar a capa do Senhor Santo Cristo um bocadinho por cima de mim... eu dava aquele ouro a Ele.” (E4)

³⁸ Segundo a irmã, o Frei é uma pessoa que fica ligada ao Senhor Santo Cristo de uma forma diferente, pois nas procissões vai mais perto da imagem e leva sempre um círio como prova do seu agradecimento. Referiu ainda que quando a mãe era viva era ela que ia e depois que faleceu é o irmão vai sempre.

“Eu sei que já há pessoas que têm feito isso... eu nunca fiz. Tenho lá os brincos em ouro, muito bonitos, mas já antigos. Eu podia mandar fazer outros para uma neta, mas eu não quero. Eu já os prometi ao Senhor Santo Cristo. E tenho também um fiozinho de ouro... aquilo para Ele é que é. Até se fosse coisa de eu poder eu ia já amanhã ao Senhor Santo Cristo. Aquilo é para o Senhor Santo Cristo.” (E4)

O facto de os clientes terem conhecimento de histórias de pessoas conhecidas que obtiveram respostas aos seus pedidos, após o cumprimento da graça pedida, enfatiza ainda mais a vontade de cumprir a promessa feita:

“Tem feito... tem feito, e por outras pessoas também, que eu oiço falar. Eu tive uma amiga minha que deu a sua aliança de casamento ao Senhor Santo Cristo... deu... ela prometeu e deu.” (E4)

“(...) eu vou ao convento vê-lo na gradezinha e por uma esmola. Muitas vezes vou à tarde ao portão... é muito diferente vê-lo ao perto... sentimos... eu tenho pena, mas nunca mais tive saúde para poder estar lá.” (E4)

Realizar estudos Bíblicos

Os estudos bíblicos em comunidade ou apenas com outra pessoa são uma realidade das testemunhas de Jeová. Entre os crentes, o procedimento é muito comum e o objectivo principal é proporcionar o conhecimento da palavra de Deus através da Bíblia:

“(...) a minha esposa deve estar a chegar. Ela foi a um ensino. Eu e a minha esposa somos testemunhas de Jeová e como tal, fazemos ensinos, ou estudos, sobre a consulta da Bíblia para melhor ajudarmos quem quer saber mais acerca disso.” (NC9)

“(...) para falar com uma pessoa mais do que uma vez... fazê-los ver... e depois chega a um ponto em que a pessoa diz: mas realmente é assim. As pessoas às vezes já têm trinta e cinco ou quarenta anos ou cinquenta e levou uma vida inteira a ser instruído de uma maneira que não... não foi com a Bíblia. Tinha lá a sua religião, tinha lá as suas doutrinas e... depois... não é fácil uma pessoa levar trinta e cinco, ou quarenta ou cinquenta anos a ser instruído de uma maneira e depois dizer: não, isto não é assim... a Bíblia não disse isso. É preciso ir com jeito... um passo de cada vez. Por isso agente encontra pessoas que estão dispostas a tirar um curso de Bíblia. Ou a estudar, ter um estudo da Bíblia, agente

costuma fazer uma vez por semana, três quartos de hora, ou aquilo que a pessoa pode ter (...) de maneira que é a pouco e pouco que a pessoa vai tomando conhecimento... a pouco e pouco.” (E5)

Ensinar

As manifestações espirituais são reconhecidas pelas pessoas como uma fonte de alívio e responsabilidade das situações graves que se desenvolvem ao seu redor, pois aliviam-nas de um grande comprometimento ao assumirem o peso dos acontecimentos. Esses comportamentos funcionam também como transmissores de ensinamentos e práticas, tendo, portanto, uma função educativa saliente em que, através dos rituais, constituem formas de consolidação do saber adquirido (Batalha, 2005):

“(...) agente usa a educação de Jesus, que Jesus disse quando esteve aqui na Terra, que aquilo que agente aprende também devemos ir ensinar às outras pessoas. Para que elas também conheçam... que tenham conhecimento dos propósitos de Deus. Há muitas pessoas que não têm o conhecimento (...) e encoraja-nos muito agente falar com outras pessoas sobre o que Jesus disse: ide e fazei discípulos, de pessoas de todas as nações. Também aproveitamos oportunidades como forma de fazer isso. Os fins-de-semana e mesmo... eu estou formando durante a semana, agora não, mas depois se conseguir voltar... se for esta a vontade de Deus.” (E5)

Para Leininger (1985b) o conceito de prestação de cuidados de enfermagem de forma culturalmente sensível desenvolve-se através da sua teoria da diversidade e universalidade da prestação de cuidados com base cultural. Neste contexto é importante que o enfermeiro desenvolva, por base do conhecimento e reflexão, a sua própria cultura, as suas preferências e preconceitos, assim como a informação específica sobre os grupos étnicos existentes mais comuns na localidade onde trabalha. A autora defende que a prestação de cuidados de forma culturalmente sensível pressupõe que o enfermeiro compreenda, em primeiro lugar o conceito de cultura e, em segundo, como é que a cultura é transmitida e comunicada dentro do mesmo grupo e entre grupos diferentes.

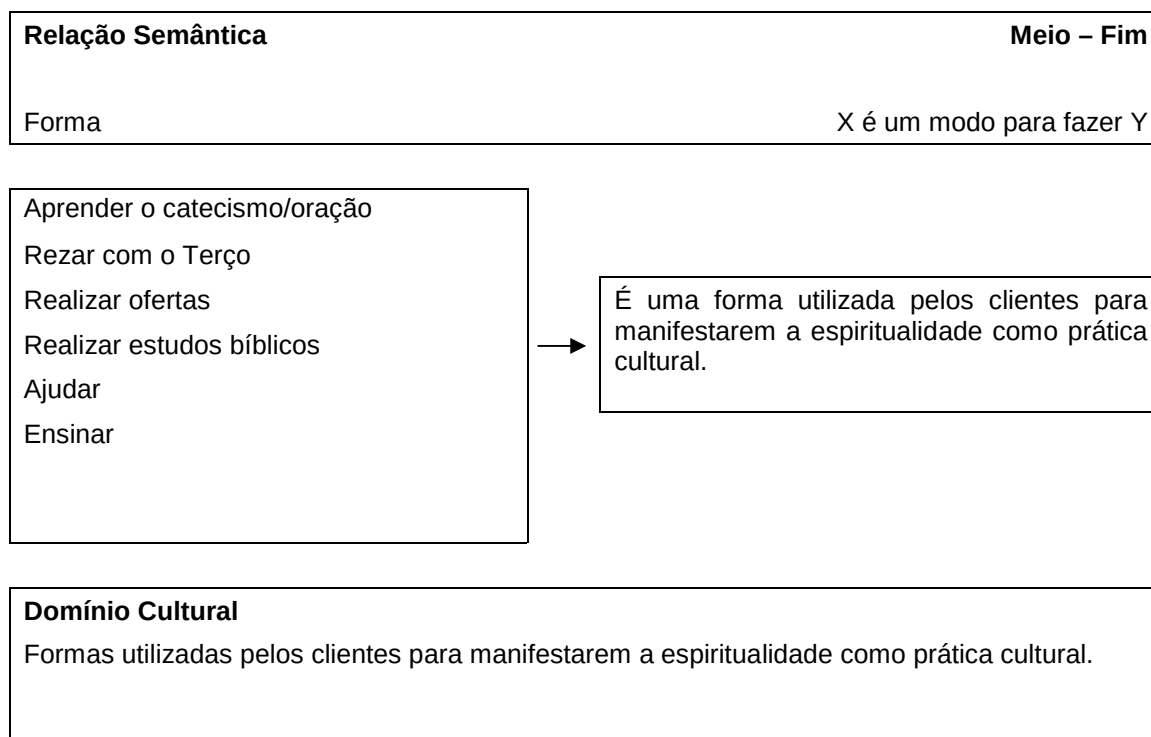


Figura 8 – Domínio Cultural 8

Domínio Cultural

Características identificadas pelos clientes em relação a uma pessoa religiosa

Os açorianos são conhecidos como sendo um povo muito devoto à religião, embora as manifestações variem consoante o contexto cultural da ilha onde se encontra. Os micaelenses³⁹ revelam nas suas manifestações uma devoção distinta pelo Senhor Santo Cristo dos Milagres e também pelos romeiros, o que aponta um sentido trágico e sofredor. Já na ilha Terceira as manifestações religiosas são mais alegres e festivas. Diferindo de ilha para ilha mantém-se porém intacta, através dos tempos, a atitude de espiritualidade e religiosidade que, surgindo da variedade das suas expressões, vai-se afirmando como mais uma das particularidades que definem a identidade de cada ilha, anunciando o intrincado do seu sistema de valores e da maneira de ser dos seus habitantes (Costa, 1991).

O sentimento religioso e o correspondente comportamento social são, cada vez mais, áreas de difícil abordagem em termos de estudo, não só pelo facto de o assunto pertencer ao foro íntimo de cada pessoa, mas também porque a sua vivência identifica-se com o carácter moral e privado das pessoas, o que provoca algumas atitudes de retracção em relação a esse assunto. No caso em estudo e devido à

³⁹ As pessoas que habitam na Ilha de São Miguel.

presença quase constante dos enfermeiros em redor dos clientes essa não foi deveras uma situação pela qual tenhamos passado.

Assim, uma pessoa religiosa, segundo Worthington, Kurusu e McCullough (1996) é aquela que possui crenças religiosas e que dá valor, com alguma medida, à religião como instituição. Desta forma a religião apresenta-se como um tema que marca de forma profunda a personalidade das pessoas e a cultura dos seus grupos. Assim sendo, as seguintes características identificadas representam, no contexto do estudo, uma importante referência nas determinações da pessoa religiosa para os clientes em fase terminal.

Ir à missa

Os rituais da missa católica conferem aos fiéis as condições de vivenciar de forma objectiva os seus dramas internos o que lhes permite preencher o vazio deixado com a vivência das polaridades, ou seja, a falta de sentido deixado pela dualidade vivida entre corpo e alma, sagrado e profano (Nascimento, 2007). Os fiéis encontram na Igreja e através da missa, a segurança e a orientação necessária na figura de Deus:

“Eu sempre fui devota do Nosso Senhor. O tempo também é pouco... mas sempre se faz. Eu ia à missa do Senhor Santo Cristo. Até ia a pé. À sexta-feira ia à missa a pé.” (E4)

“Religiosa é como eu sou, vou à missa, vou rezar assim as minhas coisas... penso... não sou praticante... mas... faço o melhor que posso. Eu digo isso mas eu acho que sou... pronto... hahh... eu vou à missa ao sábado.” (E2)

A missa e os rituais que a rodeiam propiciam, por via do sacerdote, a unidade mística no psíquico do indivíduo o que pressupõe um Deus que se oferece a si próprio em sacrifício por intermédio das consagrações, como o vinho e a hóstia. Nestas manifestações o cliente revive o sacrifício divino em prol da humanidade na pessoa do sacerdote. Na missa ocorre a actualização desta unidade mística e é essa crença que faz ocorrer o milagre no rito (Jung, 2003):

“ (...) eu não digo que seja muito religiosa (...) há pessoas que são muito mais religiosas do que eu... sem comparação nenhuma. Isso que eu quero exprimir... o sumo às vezes não sai... eu nunca fui muito... eu sou religioso, sou isto, sou aquele outro.” (E3)

“É uma pessoa que gosta de ir à missa, conversa e acredita em Deus. Não é so gostar de Deus e não ir à missa (...) posso agora não estar a ir, a aguentar devido à minha doença... mas eu sou religiosa.” (E4)

Acreditar

O facto de o cliente manifestar a sua crença em Deus ou em alguma outra pessoa é resultante do processo de acreditar e de ter fé. Quando questionado sobre o que acreditam e em quem acreditam as respostas foram unânimes ao afirmarem a crença numa entidade superior, que uns chamam de Deus, outros de Espírito Santo e outros ainda de Cristo:

“É ter fé... é ter fé... é acreditar. Ir à missa toda a gente pode ir à missa (...) é acreditar.” (E3)

“Eu acredito que haja qualquer coisa... que há. Mas eu sou muito religiosa. Tenho muita fé em Deus, e também no Senhor Santo Cristo dos Milagres... Ele é aquele...” (E4)

Fazer boas acções

Numa outra vertente, desta vez mais prática, para os clientes torna-se importante identificar nas pessoas religiosas características da bondade. Assim, no realizar de boas acções torna-se evidente o âmago sincero e puro que os cliente afirmam ser necessário para as pessoas religiosas, pois só assim conseguem fazer passar a mensagem de Deus que foi capaz de entregar o seu filho para morrer pelos Homens sem pedir nenhuma recompensa material de volta, apenas a prática da religião de forma íntegra:

“Está em tudo. Está em ir à missa, em rezar, em fazer boas acções... seguir o Senhor Santo Cristo... já se sabe que eu mando umas coisas ao Senhor Santo Cristo... fazer ofertas.” (E4)

“(...) é uma pessoa que acima de tudo não faz mal a ninguém... é uma pessoa boa.” (E6)

Realizar o estudo pessoal

A realização do estudo pessoal é uma das muitas características definidoras das testemunhas de Jeová. O estudo pessoal, segundo os crentes com essa orientação, refere-se a um conjunto de acções levadas a cabo por um grupo de pessoas. Todas as testemunhas de Jeová são incentivadas a serem diligentes estudantes da Bíblia e das publicações que afirmam basear-se nela, bem como a apresentar um elevado grau de compromisso com a sua religião. Crêem que todas elas, sejam homens ou mulheres, são ministros de Deus, ordenados no dia do seu baptismo pessoal por imersão completa em água. Este passo não é permitido a crianças incapazes de tomar decisões nem é imposto a adultos. Usualmente, alguém que se reúne com as

testemunhas de Jeová necessita de vários meses, ou mesmo anos, para ser aprovada para o baptismo e só depois de expressar convictamente o seu desejo de se tornar uma Testemunha de Jeová:

“É importante numa pessoa espiritual ter estudo pessoal (...) é uma pessoa tirar tempo para se sentar, sozinho ou acompanhado, pegar na Bíblia, ler a Bíblia, ter os livros que explicam ...a Bíblia é um livro intelectual. Existem uns livros que explicam a Bíblia e também um índice de publicações que faz referência aos capítulos e versículos e indica onde posso procurar nas Sentinelas uma explicação mais profunda sobre aquele determinado capítulo ou versículo. Normalmente são cinco horas de devoção bíblica por semana. Duas ao domingo... seguidas de um discurso público (...) à segunda-feira temos um estudo também em casas particulares, com grupos mais pequenos. Na quinta-feira temos mais duas reuniões (...) também recebendo treinamento, chama-se escola teocrática, teocrática quer dizer que vem de cima (...) para depois podermos ensinar outras pessoas.” (E5)

Além do seu estudo pessoal da Bíblia, espera-se que assistam a reuniões congregacionais, usualmente três vezes por semana, em locais conhecidos por Salões do Reino ou em casas particulares, para instrução colectiva e encorajamento mútuo. Outras reuniões de maiores dimensões ocorrem, usualmente, três vezes por ano, em Salões de Assembleias.

Seguir os mandamentos

Os mandamentos religiosos são a plataforma para a aceitação da dinâmica cristã. Assentam em dez pontos que conjuntamente com a personalidade dos indivíduos ajuda a formar no dia de hoje o Homem para amanhã, pois neles se reflectem toda a doutrina e ensinamento de Deus. Desta forma os clientes, assentes na sua própria descrição de pessoa religiosa, consideram que o seguimento dos mandamentos é uma das principais formas que a pessoa religiosa possui para assumir a sua postura diante da comunidade:

“Uma pessoa religiosa... é uma pessoa que gosta de ajudar quem precisa, que segue os mandamentos de Jesus Cristo com os outros e com a sua família também. Ir à missa... ir à missa é como uma refeição e se nós não comemos uma refeição, ficamos com fome. A missa é igual, se não formos à missa vamos ficar com fome das palavras de Deus.” (E6)

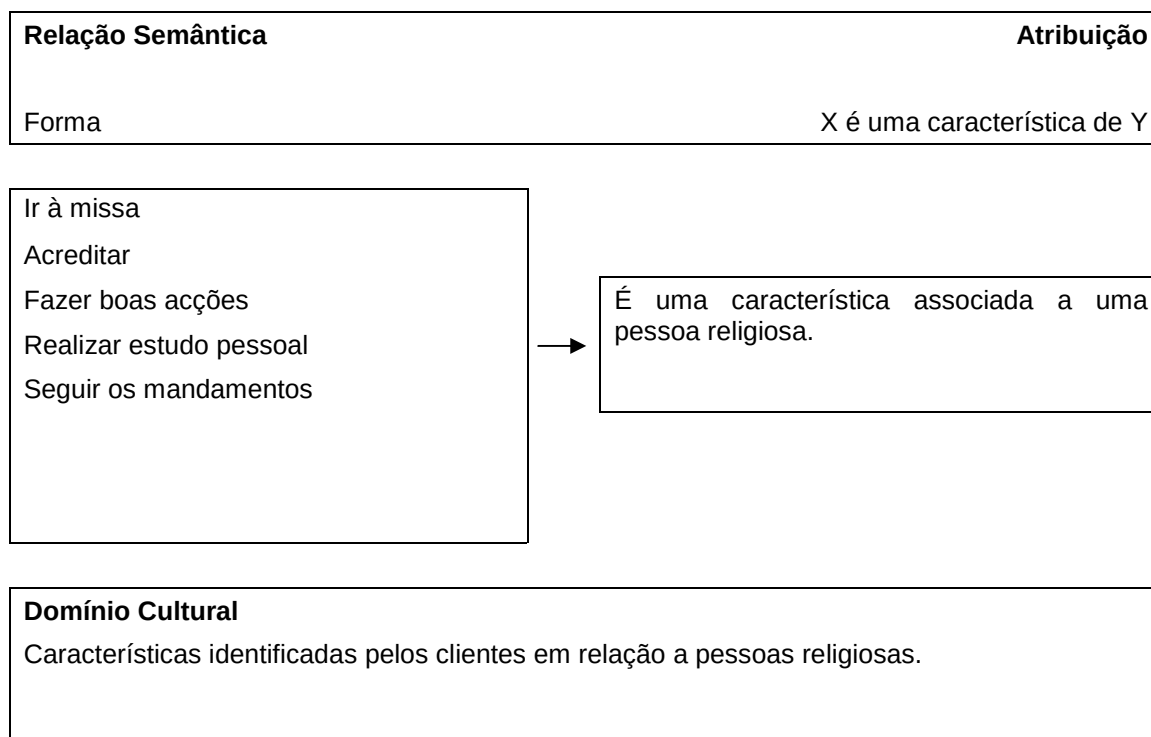


Figura 9 – Domínio Cultural 9

Domínio Cultural

Resultado da influência da cultura nas manifestações espirituais do cliente

A doença pode ser considerada como um desvio social e ser analisada pelo corpo de conhecimentos, crenças e valores, através dos quais é definida pelos diversos grupos sócio-culturais. Para o cliente e sua família o significado de estar doente inclui as dimensões culturais, sociais e psicológicas dos problemas de saúde e do contexto em que aparece. Os significados são deste modo interiorizados pelos clientes através de processos de interacção sociocultural. Assim, os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um momento de doença, são criações sociais e apreendem-se transversalmente com a convivência dos membros da sua comunidade. Helman (2003) defende que qualquer adversidade, como a doença, normalmente é parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular, pois cada cultura possui a sua própria linguagem de sofrimento, que faz a ligação entre as experiências subjectivas e o seu reconhecimento social.

Os fenómenos e sistemas religiosos, como parte integrante da cultura, constituem um factor identitário da experiência humana, que se apresenta como imagens que percorreram através de milhares de pessoas, ao longo de diferentes comunidades e tradições. Reconhecemos que nos dias da actualidade existe o reconhecimento pelas questões religiosas e espirituais e a sua intervenção na vida quotidiana, como

manifestação popular, sob a forma de memórias colectivas, experiências místicas e correntes culturais e intelectuais que não ficam restritas apenas às Igrejas e instituições.

Para Durkheim (2002) a religião é algo que é assumido como estreitamente social. As representações religiosas são representações colectivas, com realidades colectivas e os ritos são exemplos disso. A religião assume-se como um produto do pensamento colectivo, um quadro abstracto e impessoal que não envolve apenas a existência individual mas a da humanidade.

Hábito de rezar o terço

O hábito de rezar pode, na saúde, ter uma influência positiva e ser entendido como um acto religioso e recurso da fé em Deus, como meio que estimula as energias da cura e recuperação, podendo ajudar a recuperar o sentido da vida, do projecto pessoal e, por isso mesmo, da saúde integral (Gameiro, 1998):

“Agente já tá tão habituados, assim, a rezar o terço juntos, temos as nossas orações a fazer.” (E2)

“(...) eu rezava o terço mais a minha irmã e tive sempre a casa muito cheia de gente (...) a rezar o terço nas cinco semanas. Foi, foi cinco semanas... o Espírito Santo (coroa) estava na minha casa e eu... e depois agente dizia as dez ave marias, cantava aquilo como parecia (...) e elas a rezar o terço antes do Espírito Santo ir-se embora.” (E2)

Importância atribuída ao ritual fúnebre

Cada cultura tem os seus próprios processos para lidar com a perda, que podem ou não ser padronizados, mas no entanto envolvem quase sempre um conjunto de conhecimentos, crenças espirituais, rituais, expectativas e etiqueta. Os rituais são então compreendidos de muitas e diversas formas diferentes. Normalmente, de acordo com Rosenblatt, (2003), para quem os pratica, o importante parece ser aquilo que esses mesmos rituais significam. Significam a morte, a causa da morte, o indivíduo morto, o indivíduo de luto, as relações entre os indivíduos de luto e de estes com outros, o significado da vida e muitos outros valores sociais.

A perda de uma pessoa pela qual é nutrido um profundo sentimento de amor constitui, sem sombra para dúvidas, uma das experiências psicológicas mais dolorosas ou talvez a mais dolorosa sentida pelo ser humano. O vazio, a ausência e a solidão assumem uma face dos sentimentos referidos pelas pessoas que já sentiram a perda de um ente querido. O luto é, assim, a maior crise que muitas pessoas terão jamais que enfrentar, pois assenta numa transição. Ao efectuar o luto os indivíduos adaptam-

se à perda e ao significado que essa perda assume na sua vida, ou seja, a realidade de um evento externo é interiorizada (Twycross, 2003):

“Este é o padroeiro da nossa freguesia... (a cliente tinha uma pagela com a imagem do santo padroeiro da freguesia) eu tenho sempre comigo... a minha mãe também já era... o seu maior amigo... de todos, era Ele. S. Nicolau... e tanto, ela morreu e enterrou-se e passou em cima do tapete no adro de S. Nicolau. Ela morreu no sábado da festa de S. Nicolau, quando S. Nicolau saiu para fora da Igreja e ela ficou mal, mal, mal, mal. Senhor, a minha mãe vai morrer, a minha mãe vai morrer. E então agente ficou logo tudo ali... e a minha mãe deu o último suspiro a Deus... quando S. Nicolau tocou o sino. E depois o senhor Padre fez a missa solene e disse: como a tua mãe gostava muito do S. Nicolau, agente via que ela era devota dele, a missa de corpo presente vai ser na Igreja.”
(E2)

Assim, os ritos sinalizam o percurso das civilizações ao longo dos séculos e funcionam como tradutores das necessidades e dos aspectos da vida, quer sejam individuais ou sociais.

As famílias apresentam diversos padrões de capacidade de expressão e de tolerância dos sentimentos. Se as emoções expressas abertamente não são consentidas podem suceder vários tipos de comportamento que servem como equivalentes do luto. Assim, as famílias que expressam abertamente os seus sentimentos lidam com maior facilidade com o processo do luto, conversando de forma aberta sobre a pessoa falecida. São ainda vários os factores que podem influenciar a reacção da família à morte da pessoa entre eles a natureza da relação mantida com a pessoa falecida tem muita importância na forma como é vivido o luto e quando existe uma relação muito próxima e antiga existem vínculos afectivos muito forte que dificultam a separação (Rebelo, 2007; Pacheco, 2004):

“E à noite quando acabou o império ... já se sabe que estavam muitos a chorar porque o meu marido gostava de toda a gente e tudo gostava dele porque ele brincava muito. E ele (filho) disse ao companheiro, ele disse ao companheiro assim, se ele lhe dava licença de ele dar duas cantigas ao pai (coma as lágrimas nos olhos visivelmente emocionada) ... (silêncio) já se sabe ... se eu estava chorando ... chocou ... não é?” (E2)

Foi-nos transmitido pelos clientes que passaram por essa situação, principalmente os idosos, os sentimentos de solidão e isolamento e referem sentir a necessidade de procurar um profissional de saúde para poderem conversar, pois apesar de ser uma

peessoa próxima, não é um familiar e encontra-se de alguma forma “extra” à esfera familiar.

Na cultura ocidental o estigma da morte predomina como factor limitador da estrutura psicológica individual e social com ela relacionada. Como consequência da dificuldade ou até mesmo inabilidade de aceitação emocional da morte, a sociedade delimita os comportamentos do luto de forma estrita de expressão. Contudo é importante salientar que para que a sociedade mantenha um comportamento saudável perante a admissão da morte como realidade é necessário disponibilizar aos familiares espaço para a gestão interna e serena da construção, da manutenção e da perda dos afectos. É, por isso, imprescindível que o luto, como a morte, ocupem o lugar natural na existência pessoal e na convivência social (Rebelo, 2007).

Os rituais encontram-se presentes em cada instante da vida e podem ser classificados como de passagem, entre eles, o nascimento, a adolescência, o noivado, o casamento, a doença a morte e o funeral. Estes rituais sociais permitem a cada indivíduo reconhecer-se como membro do grupo (rito de pertença) e definem os diferentes espaços sociais dentro do grupo (SFAP, 2000).

Cantar ao Espírito Santo

O Espírito Santo, Divindade do complexo Triádico judaico-cristão surge nos Açores como um culto organizado em forma de religião popular, de grande força, aceitação e envolvimento, desde a época do povoamento, conforme dados históricos, afirma Costa (1991). Como remanescentes desse passado, os rituais açorianos do Espírito Santo apresentam uma grande coerência com o espírito inicial, para além das condições de sobrevivência e vitalidade verdadeiramente notáveis. Os rituais são muitas vezes revestidos de símbolos, onde a dança e o canto são os elementos principais. O ritual simbólico apresentado ao cliente evoca na sua mente a presença do divino gerando a cura da sua doença:

“Agente fez aquilo com uma força tão grande... umas vezes chorava-se, outras vezes cantava-se... outras ria-se. O meu marido era do Espírito Santo... se fosse preciso cantar, eu cantava...” (E2)

Seguir os ensinamentos

Tomar como condição de pertença à religião cristã o seguimento dos ensinamentos propostos pela doutrina é um dos principais factores apontados pelos clientes derivado da educação e do contexto social em que estão inseridos. Esse conhecimento sobre os ensinamentos da Igreja católica deriva sobretudo da transmissão efectuada de pais para filhos e de filhos para netos, pois são esses valores o pilar da educação cristã:

“Nós fomos criados sobre ensinamentos... exactamente... no meu caso, na Igreja católica, apostólica, romana.” (E3)

“(...) como a minha esposa já disse, nós somos muito religiosos e transmitimos esses ensinamentos aos nossos filhos. Já tivemos o Espírito Santo em nossa casa duas vezes.” (NC10)

“Antigamente as pessoas davam mais valor e seguiam os ensinamentos... eu segui esses ensinamentos e fiz por transmiti-los aos meus filhos.” (E6)

Pertencer a um grupo religioso

Os grupos religiosos, conforme os clientes os identificam, são caracterizados por um conjunto de pessoas com filosofias de vida idênticas, baseadas na religião católica, para coordenar as suas acções. Podem estar presentes na própria Igreja, comunidade local ou então ser mais abrangente. No caso que pudemos identificar o cliente pertencia a um grupo religioso formado *“in loco”* na comunidade de uma freguesia e tinha como intuito a administração da comunhão aos idosos daquela comunidade que não podiam desloca-se à Igreja para assistir à celebração da Palavra. Assim, posteriormente à celebração da eucaristia, o cliente, conjuntamente com outras pessoas, deslocava-se da Igreja até à casa dos idosos, previamente identificados, para administrar a comunhão. Essa é sem dúvida uma das manifestações mais evidentes da influência da cultura do cliente nas manifestações espirituais:

O Sr.º Martinho é um homem de fé e dedicado à comunidade, pois segundo ele, faz parte do grupo de ministros da comunhão da sua paróquia. (NC5)

Ir à Igreja

A religião tem que cumprir um compromisso colectivo e social, ou seja, ser comum a uma colectividade que adere a práticas e desenvolve-as. Assim, a religião está directamente relacionada com a comunidade e com a Igreja, formando-se deste modo uma comunidade moral instituída pela mesma crença, pela mesma fé com a presença de fiéis e sacerdotes:

“Aos domingos costumo ir... quando posso e a doença deixa, ir à missa à Igreja, mas gosto de ir à missa da manhã, das oito horas, para depois não apanhar a confusão.” (NC6)

“Eu costumo ir à Igreja apenas nos dias de festas e de casamentos.” (NC7)

“Ir à missa. Eu ia com os meus filhos pequeninos. Todos os domingos vestia aqueles quatro e era todos em fila a andar” (E4).

A Igreja tem uma representação muito importante para todos os cristãos. Ela representa uma construção considerada sagrada, onde se realizam cerimónias, cultos ou rituais:

“(...) eu sempre fui educada assim. Já os meus pais iam e sempre nos habituamos, eu e a minha irmã a assistir todos os domingos à missa... fomos criadas assim.” (NC11)

“Hoje as pessoas já não vão à missa, e quando vão é só nas alturas das festas... já ninguém dá valor aos ensinamentos de Jesus Cristo, tudo faz o que bem lhe apetece e dá na cabeça.” (E6)

Seguir a tradição

No contexto açoriano destaca-se o papel de definição do património identitário de uma comunidade, incluindo o conjunto de tradições, ritos, crenças e saberes, possuindo condicionantes próprias, tais como, a geografia, a história ou a religião.

A grande constatação na cultura regional açoriana é a sua base profundamente religiosa. A espiritualidade predomina na vida dos açorianos com uma presença física constante em Igrejas, capelas e ermidas e também com o culto ao Divino Espírito Santo e ao Senhor Santo Cristo dos Milagres, sendo esta última mais acentuada nos micalenses:

“Eu costumo ir atrás do Senhor Santo Cristo... agora é que estou sem poder. Eu quando podia ia sempre na procissão atrás do Senhor Santo Cristo, porque Ele é muito importante.” (E4)

“(...) o meu sobrinho é romeiro... e antes de ir para a romaria veio cá deixar-me esta lembrança (...) a senhora enfermeira sabe, eu quando estava boa... eu recebia em casa os romeiros.” (NC11)

Cada grupo cultural possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e a doença e as próprias culturas fornecem modelos interpretativos que incluem o significado, a causa, o processo, o prognóstico e o tratamento da doença, bem como a manutenção da saúde:

“Eu nas festas da minha freguesia gosto de ir na procissão, nos lados, a acompanhar a imagem, mas nunca fui convidado para levar nada... sabe, isso é coisa para os novos, com mais força e genica (risos). No ano passado... eu soube da minha doença em Maio, e as festas são em

Julho, a meados de Julho. Eu fui à missa da festa e na altura de formar as filas com as opas, o sacristão veio perguntar se eu queria levar o cálice das hóstias (...) sim, o cálice das hóstias... é que na nossa freguesia fazem a procissão e depois quando chegamos ao porto de pesca o senhor padre benze todos os barcos e depois dá a comunhão a todos os pescadores, e por isso alguém tem de levar o cálice (...) e eu pensei logo... quando me pediram... isso é um sinal de Deus a dizer que não se esqueceu de mim. Eu nunca levei nada, porque nessas ocasiões eles costumam dar essas coisas aos pescadores, pois a festa é deles, e como eu sou um homem da terra, nunca tinha levado. Pensei cá para mim... isso é um sinal..." (E6)

Desta forma a enfermagem, na prestação de cuidados holísticos, alicerçada em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da estrutura social, a visão do mundo, os valores, a língua e os contextos ambientais das diferentes culturas, deve respeitar os valores culturais e o estilo de vida das pessoas.

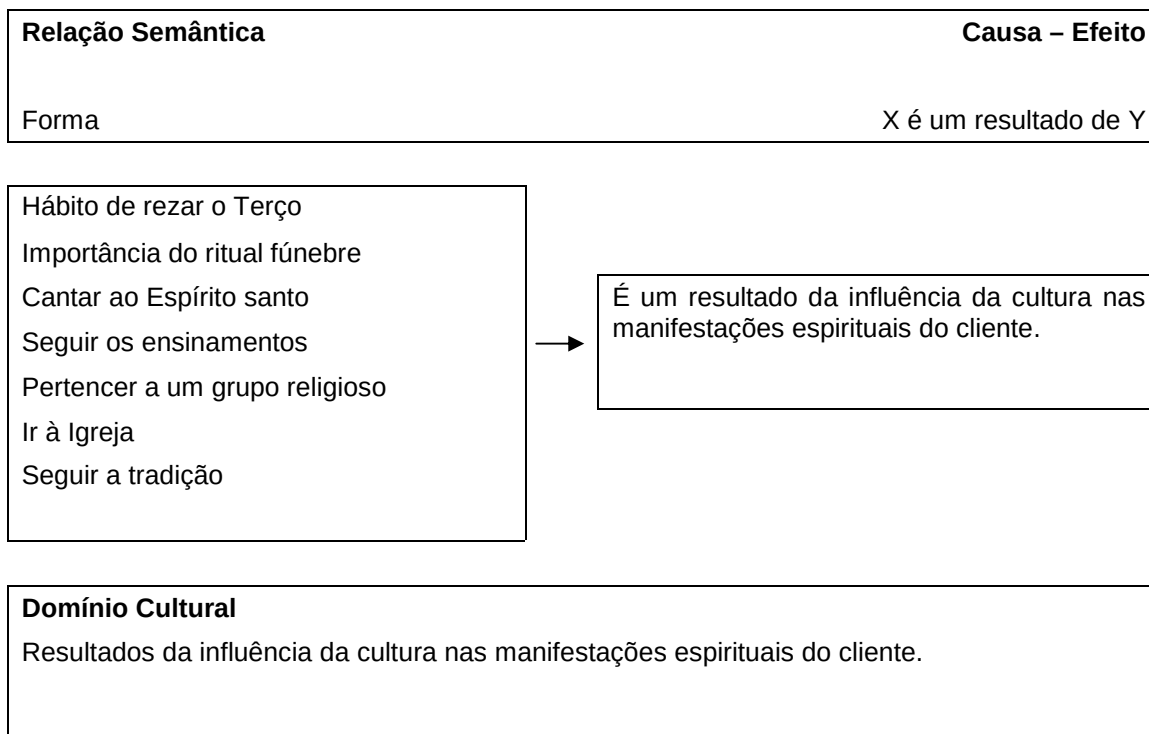


Figura 10 – Domínio Cultural 10

2.4 Cuidados espirituais em fase terminal: uma certeza na enfermagem

Os cuidados paliativos, na busca constante pela qualidade de vida nas várias esferas do existir, retomaram a importância dos cuidados na área espiritual, integrada como elemento essencial nos vários âmbitos do tratamento. Assim, de acordo com a

definição de cuidados paliativos proposta pela OMS, há uma evidente preocupação com o cuidado das necessidades espirituais dos clientes e seus familiares. Neste sentido oferecer cuidados de qualidade significa, também, implementar acções inovadoras que procurem evitar o sofrimento espiritual, o desânimo e a perda de sentido, experiências muito frequentes no final a vida, como nos relataram os clientes nesta situação.

Neste momento de análise propusemo-nos a compreender e reconhecer as expectativas do cliente, na fase terminal da sua doença, em relação aos cuidados de enfermagem no que pertence à espiritualidade como necessidade efectiva.

Domínio Cultural

Tipos de cuidados espirituais proporcionados pelos enfermeiros

Numa perspectiva espiritual o cuidado reporta-se a toda a acção empreendida no acto de cuidar, direccionada ao respeito dos valores e crenças pessoais, com a certeza de que constitui uma verdade absoluta na afirmação das necessidades de cada pessoa, à aceitação das perspectivas individuais e atitudes desenvolvidas durante a sua vida. Deste modo, experiências como rezar, manifestar perdão e acreditar em alguma coisa ou em alguém, constituem de certa forma um percurso para um desenvolvimento pessoal, expressivo da perspectiva espiritual de cada indivíduo.

Proporcionar o bem-estar

O acto de cuidar o ser humano no seu processo de saúde/doença constitui a essência dos cuidados de enfermagem. Contudo, se para alguns enfermeiros o cuidar assume-se como um conceito global e complexo, para outros refere-se apenas à execução de uma série de procedimentos técnicos que visam essencialmente o restabelecimento físico do indivíduo (Romeira, 1998). Assim, cuidar a pessoa em estado terminal é uma acção para a qual o enfermeiro deve ter presente, além dos princípios éticos e morais que envolvem a relação com o outro, uma relação interpessoal em que o objectivo assenta no cuidar, acompanhando, aliviando a dor, fomentando a autonomia, bem-estar e qualidade de vida:

“Tudo aquilo que eles fazem é para o meu bem... eu tou bem (...) as pessoas são muito atenciosas (...) eu aqui tou bem... é verdade.” (E1)

Os clientes quando inquiridos sobre essa situação pareciam estar em unísono, pois todos referiram a magnífica competência dos enfermeiros e a simpatia com que eram recebidos. São relacionados, muitas vezes, pequenos gestos como o atendimento rápido e eficaz por parte dos enfermeiros, bem como a possibilidade do cliente atender

chamadas no quarto com o telefone portátil do serviço. Estes pequenos gestos que revestem-se de grande significado perante um cliente fragilizado e em fase terminal.

Proporcionar atenção

O enfermeiro ao disponibilizar tempo para conversar com os clientes, escutar o que têm para transmitir, ler-lhes, sentar-se em tranquila contemplação, e, porque não, rezar com eles, permite-lhe obter dados valiosos que o podem ajudar a formular um plano de intervenção mais adequado, ao mesmo tempo que proporciona ao cliente a valorização como ser único e individual. Confirmamos assim o valor atribuído ao sujeito da prestação de cuidados e evidenciamos a capacidade do último em tomar decisões inerentes ao seu processo de saúde:

“(...) os enfermeiros têm sido sempre muito atenciosos comigo (...) o que eu sinto é que há falta de tempo. Normalmente eles andam de um lado para o outro.” (E5)

“É claro que agente fica contentes (...) quando uma pessoa nos dá atenção... dá atenção ao nosso desejo de conversar e falar” (...) agente sente-se contentes quando a pessoa dá atenção, quando ouve aquilo que agente está a dizer.” (E5)

É assim que ao escutar o cliente quando ele toma decisões, está a ajudá-lo a voltar a ter ou a manter as competências que podem ser utilizadas como ferramentas para satisfazer as suas próprias necessidades, incluindo as espirituais (Bolander, 1999).

Em qualquer interacção realizada com os clientes nunca nos esquecemos de utilizar uma técnica que deve estar sempre presente na comunicação enfermeiro-cliente, que é a escuta activa. De facto o desenvolvimento da escuta activa implicou uma atenção constante e global, inerente à metodologia utilizada, bem como uma sensibilidade e percepção apuradas para que conseguíssemos ouvir aquilo que os clientes nos transmitiam, mas sobretudo para conseguirmos ouvir aquilo que o cliente não verbalizava, o que se evidenciou como a base do processo comunicativo.

Facultar o acompanhamento familiar

Na perspectiva dos clientes terminais o envolvimento dos seus familiares na prestação de cuidados deve ser tida em conta pelos enfermeiros, uma vez que a família é constituída pelas pessoas mais próximas deles, podendo dar-lhes o afecto e amor de que eles precisam:

“Aqui tou muito bem. Eu gosto de poder ficar com os meus filhos mais perto.” (E1)

Também a esposa do Sr.^o Martinho tem sido uma presença assídua demonstrando todo o seu carinho e dedicação através de pequenos gestos. Referiu que esta situação

“(...) é uma penitência muito grande de suportar... é muito duro vê-lo devagarinho a definhar.” (NC5)

Um maior envolvimento dos familiares durante a hospitalização, demovendo a família do estatuto de mera observadora, ajuda a manter o lugar dos clientes na própria dinâmica familiar promovendo deste modo a continuidade entre o meio psicossocial e o meio hospitalar assegurando a continuidade da unidade familiar, a ligação com o ambiente e a sua rotina (Martins, 2000):

“Uma das filhas, que é profissional de saúde, aparece várias vezes ao dia para estar com o pai e confortá-lo de alguma forma, ou através de uma refeição caseira ou através de umas massagens relaxantes que o Sr.^o Martinho parece apreciar, permanecendo nos momentos posteriores mais calmo e relaxado.” (NC5)

“No caso do Sr.^o Marco e com a evolução da situação reflectida numa maior dependência, o Sr.^o Marco, por consenso da equipa de enfermagem, conjuntamente com a esposa, foi transferido para um quarto onde lhe seria possibilitado um maior acompanhamento por parte dos familiares, particularmente a esposa.” (NC7)

Tornou-se fundamental durante a nossa estadia no serviço de internamento a presença dos familiares, pois foi através deles que muitas conquistas foram concretizadas. Foi também importante promover o espaço e tempo para que os familiares pudessem estar mais presentes no processo de cuidar, proporcionando conforto e bem-estar a ambos. A família é então compreendida como uma unidade funcional básica da sociedade, cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros, física, emocional e espiritualmente:

“Elas procuram ver se eu estou bem, se preciso de alguma coisa... deixam o meu marido ficar comigo mais tempo... elas deixam o meu marido ficar aqui... são todos muito agradáveis (...) e com os parentes dos outros doentes, sempre agradáveis. Não tem faltado nada.” (E4)

No caso específico do Sr.^o Luís, como ele é de outra ilha, os enfermeiros optaram por instalá-lo naquele quarto, permitindo assim o acompanhamento familiar durante as vinte e quatro horas:

“Eu estou a gostar de tudo e todos, não tenho reparo nenhum a fazer. Deixam a minha esposa e a minha filha ficarem comigo aqui quase todo o dia.” (NC10)

Deste modo é de salientar a possibilidade de presença nos últimos momentos de vida do cliente que os enfermeiros proporcionam, o que se reflecte em benefício, quer para o cliente, pois sente-se mais tranquilo por estar acompanhado por aqueles que lhe são queridos, quer para a família, pois simultaneamente são prevenidos de possíveis sentimentos que possam posteriormente dificultar a vivência do luto. Neste sentido, de acordo com Ferreira *et al.* (2007), para que o cuidar ao cliente em fase terminal seja realmente de qualidade e atinja os objectivos propostos, torna-se essencial que a unidade familiar seja considerada como a unidade receptora de cuidados para que assim possa executar correctamente a sua função de prestadora de cuidados.

Atribuir importância às manifestações espirituais

O cuidado espiritual, segundo Azevedo *et al.* (2005), assume assim uma dimensão presente, pois reflecte-se nas acções empreendidas no acto de cuidar, direccionadas no respeito dos valores e crenças pessoais, com a certeza que nada constitui uma realidade plena na afirmação das necessidades de cada pessoa, à aceitação das perspectivas individuais e posturas desenvolvidas durante a vida:

“ (...) agora viu que eu... viu assim o terço... viu que eu já trazia alguma coisa dentro de mim (...) e por si mesmo ficou a pensar que...que era importante para mim.” (E2)

“(...) eles podem-me ajudar... colaborar com agente (...) alguns podem ser religiosos (...) podem ter alguma manifestação religiosa. Eles não precisam do sacramento, mas... há pessoas religiosas...” (E4)

“(...) gostei deste bocadinho de tempo que a senhora enfermeira passou aqui. É importante perceber que vocês se importam connosco... com tudo (...) pois é importante ter alguém que se preocupe mais com essa área.” (NC9)

“(...) quando agente começa a conhecer a pessoa, quando eu fui internado, os enfermeiros começaram a cumprimentar-me e eu comecei a conhecê-los pelo nome. E se agente tem oportunidade de falar com a pessoa sobre as palavras da Bíblia agente vê logo a reacção da pessoa. Se a pessoa gosta de ouvir, agente continua, mas se a pessoa não gosta, se a pessoa... rejeita e não... agente percebe que a pessoa fica mal disposta (...) e com alguns enfermeiros mostrei a minha opinião, o meu

ponto de vista (...) elas sabem que eu sou testemunha de Jeová (...) e a maior parte deles... não iam ao contrário, mas respeitavam.” (E5)

Realizar o toque terapêutico

Sobretudo quando o silêncio se impõe o toque revela-se fundamental para comunicarmos com os clientes a quem prestamos cuidados e demonstramos neste simples acto a importância e a preocupação que lhes dedicamos na sua universalidade. Este pormenor assume-se mais importante ainda se pensarmos que cada vez mais existe um maior distanciamento interpessoal devido às tecnologias existentes o que cria uma barreira física e acentua a barreira virtual.

Ao tocar numa determinada pessoa, o processo implica um contacto de pele a pele. As mãos ajudam assim a promover uma proximidade em que o contacto acalma e a sensação traduz-se no sentimento de segurança e protecção reforçando o relacionamento. Assim, o toque, enquanto parte integrante da prestação de cuidados permite um fluxo de bem-estar para o cliente em fim de vida desde que para tal o enfermeiro possua a sensibilidade, interesse, respeito, afecto e perícia (Frias, 2003).

Muitas vezes durante o contacto verbal ou mesmo quando este se torna difícil ou até impossível, o toque pode ser, de facto, a atitude comunicativa mais terapêutica (Garcia, 2002). Assim compreende-se a seguinte narrativa:

“Após deixar o Sr.º Manuel no quarto sozinho por uns momentos, voltei a entrar no quarto e ele encontrava-se a chorar, quase compulsivamente. Perguntei se podia entrar e o cliente disse que sim. Permaneci perto dele sem nada dizer... apenas a ouvi-lo chorar. Neste momento utilizei o toque terapêutico, colocando a minha mão sobre o seu braço e cruzamos os olhares.” (NC4)

Nesse pequeno gesto foi possível transmitir ao cliente que não está sozinho e que pode contar connosco.

Em relação à Sr.^a Emília, o facto de falar sobre o problema de saúde da filha em relação à tiróide provoca-lhe alguma ansiedade e emoção:

“(...) tá crescendo mais e o que seja ela fica afogada.” (NC2)

“Pelo que durante a entrevista e quando surgiu espontaneamente esse tema a Sr.^a Emília apresentou-se deveras emocionada e foi utilizado o toque terapêutico e permaneci com a minha mão sobre a dela até ao fim da entrevista.” (NC2)

Por vezes o próprio cliente solicita o toque terapêutico, pelo que a resolução de pequenos, para nós, problemas revertem num agradecimento que necessita de ser transmitido, também, através do toque:

“No caso da Sr.^a Felicidade o facto de proporcionar a visita do capelão do hospital, para que a cliente pudesse confessar-se, pois exteriorizou a vontade de fazê-lo visto que não o tinha feito na sua paróquia de residência, revelou-se um cuidado espiritual de extrema necessidade. Assim, ao contar à cliente a vinda do capelão, nesse momento a cliente esticou as suas mãos por fora da roupa da cama, como uma criança a pedir para ir para o colo, e eu entreguei as minhas mãos nas dela. A Sr.^a Felicidade levou as minhas mãos à sua boca e beijou-as, com um verdadeiro sentimento de gratidão.” (NC11)

Constatamos que o toque é valorizado pelos clientes em fim de vida e relativamente à categoria, o toque simples, a permanência desse toque e a massagens é algo que verificamos ser importante para o cliente, pois reflecte-se numa sensação de bem estar referida pelo cliente. O facto de tocarmos em alguém foi uma forma, por excelência, de criar laços, indispensáveis a qualquer tipo de relação, mesmo profissional. Além disso, Hennezel refere que o tacto constitui, juntamente com a audição, um dos últimos sentidos a perder antes da morte. Assim, se verdadeiramente queremos que o cliente não faça a passagem para o outro lado da vida sozinho, o sentido do contacto faz parte dos valores do cuidado prestado ao cliente (2000).

Presença

No que respeita aos cuidados espirituais, os enfermeiros, como prestadores de cuidados primordiais, podem desenvolver um percurso muito benéfico para o cliente através de pequenos e simples gestos como passar algum tempo com eles, escutá-los, utilizar técnicas de comunicação terapêuticas de modo a promover a expressão de sentimentos ou até mesmo encaminhar para o uso de recursos religiosos como a oração, leituras religiosas ou simplesmente desfrutar da presença de um símbolo religioso que lhe proporcione conforto (Bolander, 1999; Riley, 2004). O estar presente reflecte-se num estado de proximidade física e de disponibilidade afectiva e calorosa graças ao qual a pessoa que ajuda fica em alerta para as necessidades da pessoa que é ajudada (Phaneuf, 2005):

“No caso, o Sr.^o Manuel apresentava uma ansiedade acentuada, com agitação e verborreia. O olhar não permanecia fixo no meu, como se estivesse a esconder a cara. Vi que os seus olhos estavam brilhantes, cobertos de lágrimas e que precisava de chorar, e abertamente disse

“pode chorar” e o cliente olhou para mim e sorriu, baixando a cabeça após e suspirando, como que de alívio por eu o entender.” (NC4)

Para McKivergin e Daubenmire (1994) a presença terapêutica assenta num acto consciente de estar plenamente presente, de corpo, mente, emoções e espírito, para a outra pessoa. Durante a presença em campo, as manifestações dos clientes em relação à nossa presença e à dos enfermeiros foi satisfatória e revelou gratidão:

“(...) já estão a fazer... um acompanhamento óptimo (...) aqui eles ajudam em tudo... na companhia (...) e é importante, senão nós éramos atirados para aqui como cães e gatos.” (E3)

O valor mais alto da dimensão essencial da enfermagem revela-se no cuidar que descobre na relação do enfermeiro com o cliente cuidado uma relação pessoa a pessoa, um encontro, um estar com, o que por sua vez implica respeito, disponibilidade, compreensão e congruência (Lazure, 1994). Desta forma, cuidar de um cliente em fase terminal é antes de tudo cuidar de uma pessoa com vida, mesmo que se trate de uma vida que traça o seu caminho para o infinito espiritual:

“Assim nós também nos sentimos acarinhados. Sentimos que somos importantes.” (NC10)

Por isso é o cliente que traça o seu caminho e nós devemos caminhar com ele, ao seu ritmo, com a demonstração de respeito pela sua singularidade, estarmos disponíveis, estarmos com ele, ouvi-lo atentamente para o ajudar a utilizar melhor o tempo que lhe resta. O simples acto de escutar a expressão dos sentimentos das pessoas pode ser o que de mais terapêutico o enfermeiro pode proporcionar em relação ao cliente em sofrimento. Tal como refere Swanson (1991) o “estar com” permite ao enfermeiro centrar-se na universalidade do cliente empenhar-se acerca das suas necessidades, promovendo o cuidado ao mesmo tempo que é preservada a sua dignidade. Um dos cuidados identificados e valorizados pelos clientes é a presença física e emocional do enfermeiro.

Demonstrar amizade

Os clientes referem que, para além da administração de terapêutica e dos cuidados de higiene, os enfermeiros têm um papel fulcral ao prestar cuidados holísticos ao cliente em fase terminal, pois, nestas circunstâncias, torna-se importante a manifestação de respeito e compreensão através de manifestações de amizade:

“Parecendo que não, ainda há (...) uma amizadezinha... pode acreditar que há...” (E3)

“(...) eles (enfermeiros) não precisam do sacramento, mas... há pessoas religiosas... e amigas.” (E4)

A amizade encontra assim reflexo nos mais pequenos gestos do dia a dia, como o proporcionar a leitura de um livro que há muito o cliente gostava de ter lido e agora devido ao agravamento da sua doença não consegue e o enfermeiro faz leituras de pequenos excertos. A possibilidade de ouvir aquela música que tanto gosta, de comer aquela comida há tanto tempo desejada, entre outras demonstrações. Para que o enfermeiro possa realizar todos estes pequenos gestos tem de conhecer o cliente com quem está a trabalhar para que as acções possam ter um significado mútuo, quer para o cliente porque se sente acarinhado, quer para o enfermeiro que sente nas manifestações de contentamento o reconhecimento do seu trabalho.

Ficar em silêncio

O modo de comunicar tem vindo, progressivamente, a ser objecto de pesquisa devido à importância atribuída à sua eficácia com os clientes. As questões formuladas, as respostas fornecidas, os silêncios referentes à comunicação não-verbal, fazem do processo comunicativo uma arte em desenvolvimento no campo da enfermagem:

Assim compreende-se a Sr.^a Fernanda que quando questionada acerca do percurso espiritual que tem desenvolvido durante o seu processo de doença, permaneceu em silêncio, com os olhos postos no vazio, esboçando umas palavras de desesperança. Fiquei em silêncio a partilhar desse vazio em que se transformou a sua vida. (NC6)

O silêncio que utilizamos como uma das técnicas de interacção foi trabalhado no sentido de possibilitar a reflexão ou formulação de pensamentos, a transmissão de mensagens não verbais e também para aliviar a tensão num momento particularmente difícil do diálogo. A antropóloga indiana Veena (1995) procura entender o silêncio das pessoas que estão a sofrer e questiona se a dor destrói apenas a capacidade de comunicação ou cria uma comunidade moral entre os que sofrem.

Outro cliente, ao reflectir sobre a sua situação e comparando-a com a de outras pessoas demonstrou tristeza:

“(...) aqui uma pessoa vê tanta coisa que pensa de outra maneira. Vê-se tanta gente mais nova do que eu e já com filhos... e estão bem piores do que eu... mas depois também fico preocupado com a minha mulher... o que vai ser dela?” (E6)

“Nesse momento o cliente emocionou-se e chorou. Permaneci em silêncio e tentei confortá-lo com um olhar, sem palavras.” (NC12)

A atitude de disponibilidade demonstrada, ou pela possibilidade de falar ou simplesmente pela possibilidade de estar com o cliente permitiu, referindo Garcia (2002), o desenvolvimento da relação terapêutica. Ficou demonstrado que é escuta do silêncio que exige dos enfermeiros uma presença mais intensa e mais verdadeira, pois, permite-nos escutar os sentimentos mais profundos da pessoa que está ao nosso lado. O silêncio quer dizer aceitação e não se espera que os enfermeiros e clientes tenham sempre todas as respostas e parte do desafio dos enfermeiros consiste em viver com esta ambiguidade. É nessa arte de saber escutar que reside a aceitação mútua que posteriormente impulsiona o desenvolvimento de sentimentos de segurança, interesse e valorização do cliente. Para tal o enfermeiro deve estar atento para poder decifrar todas as mensagens não verbais que o cliente transmite através da sua linguagem corporal, pois é através dela que o cliente comunica quando surgem dificuldades da expressão/compreensão (Gemito, 1999; Riley, 2004).

Apoiar

Ao utilizar técnicas terapêuticas para apoiar o cliente na expressão das suas necessidades espirituais e não só, é imperativo que o enfermeiro mantenha a conversa centrada no cliente e que nunca introduza os seus pensamentos e convicções, valores ou conselhos. Para os clientes internados tornou-se importante o apoio sentido por parte dos enfermeiros e esse gesto foi identificado nas manifestações de interesse e preocupação, bem como no respeito proporcionado por parte dos enfermeiros, na interacção estabelecida aquando da presença e nos diálogos mantidos:

“Sinto... muito, muito, muito. Sinto muito apoio. Às vezes as enfermeiras passam e perguntam como eu estou (...) isso então é em tudo... isso agora está impecável.” (E4)

“(...) a maior parte deles... não iam ao contrário, mas respeitavam.” (E5)

Conversar

No desenvolvimento do cuidar, como enfermeiros e pessoas que somos, está implícito a inter-relação entre dois seres que necessitam de comunicar. O processo de comunicação torna-se assim importante para que se possa estabelecer a troca de informações necessária:

“ (...) quando têm tempo conversam aqui (...) eles conversam comigo de outras coisas.” (E4)

Na experiência dos cuidados de enfermagem a escuta é uma ferramenta substancial para promover a compreensão dos clientes, pois, *“(...) todo o ser humano tem*

necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros” (Lazure, 1994, p. 16). Assim os enfermeiros, como elementos cruciais no dia-a-dia do cliente, compreendem a sua vulnerabilidade e principais necessidades através da escuta atenta, podendo assim satisfazê-las. O simples acto de escutar revela-se como um processo activo e voluntário que não pode ser considerado apenas como um sinónimo de ouvir:

“(...) às vezes em casa uma pessoa quer falar com eles (marido e filhos) e eles não têm tempo para me ouvir. E aqui uma pessoa sente que os enfermeiros têm mais cuidados e tudo (...) e eu sinto-me mais aliviada por poder falar com os enfermeiros sobre a minha doença. Às vezes não gosto de falar com os meus filhos... aqui sinto-me melhor a falar...”(E4)

Neste contexto e compreendendo que o cliente numa fase avançada da sua doença encontra-se num estado de grande vulnerabilidade, derivado do conhecimento que possui da sua situação e da viagem interior que o mesmo realiza ao passado, o enfermeiro deverá, como afirma Frias (2003), proporcionar o espaço necessário para que o próprio consiga e possa falar daquilo que é essencial. Durante a realização do estudo fomos verificando que, entre outras temáticas como a família e a condição física debilitada, a força proporcionada pelo encontro de paz na palavra do Senhor revelava-se muito importante:

“(...) os enfermeiros começaram a cumprimentar-me, eu comecei a conhecê-los pelo nome. E se agente tem a oportunidade de falar com a pessoa sobre as palavras da Bíblia (...) a maior parte das vezes eles não tem oportunidade para agente falar com eles (...) acho que é importante para mim... e importante para eles também.” (E5)

Verificamos também, ser de grande consideração para os clientes, a valorização dos espaços e momentos proporcionados pelos enfermeiros para a escuta e partilha de sentimentos e preocupações:

“Quando uma pessoa nos dá atenção... dá atenção ao nosso desejo de conversar e de falar. É também importante para os outros doentes que aqui estão.” (E5)

Desta forma a comunicação é entendida, segundo Almeida e Silva (2004), como a expressão de ajuda e compreensão que promove a resposta à satisfação das necessidades humanas básicas, de ordem afectiva, moral, espiritual e social. Transversalmente a esta expressão surge a partilha de sentimentos e de valores que engrandecerá os intervenientes, tornando-se assim num processo de crescimento e amadurecimento:

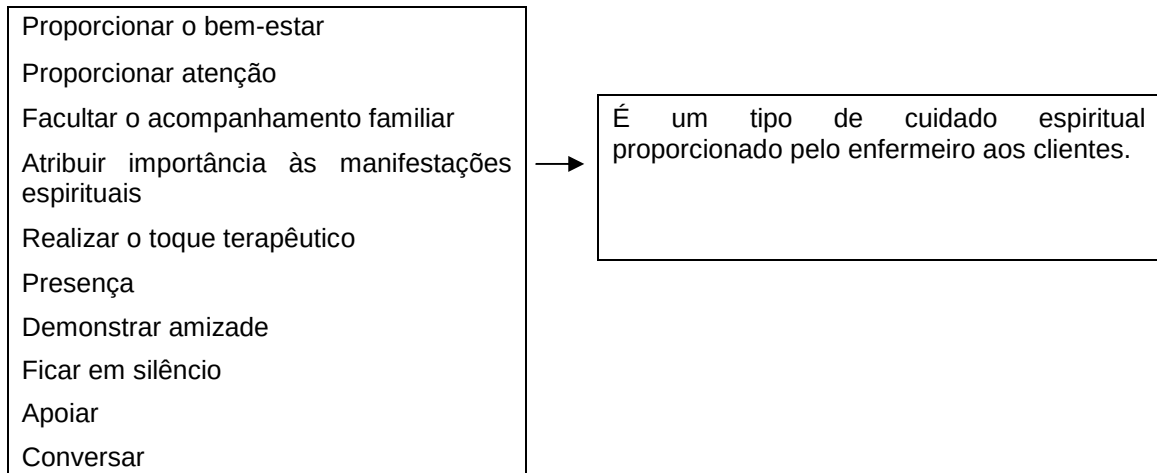
“Pois senhora enfermeira, isso que fala é importante. Eu gostava que houvesse um bocadinho mais de tempo para conversar sobre coisas que eu ainda tenho algumas dúvidas, mas também compreendo que são muitos os doentes para um só enfermeiro e que nem sempre é fácil... mas isso eu gostava.” (NC10)

“Faz sempre bem conversarmos sobre estas coisas... estas coisas que nos fazem bem ao coração e aliviam a alma (...) se calhar ajudava mais do que dar um comprimido...” (E6)

Falar de acompanhamento espiritual não assenta apenas no facto de pedir a alguém para tomar uma atitude de cariz religioso, nem tão pouco que tenha uma experiência transcendental. Trata-se sobretudo, na perspectiva de Hennezel e Leloup (1998), de acompanhar a pessoa com o respeito e a confiança o que a fará entender que não está circunscrita ao seu corpo de sofrimento, mas que há espaço nela e que é nesse espaço que a enfermagem trilha o caminho ao seu encontro.

O acompanhamento dos clientes em fim de vida convida os enfermeiros a não efectuar a separação entre o órgão e o corpo, entre o corpo e o espírito e entre o espírito e o coração. Aprende-se assim a reavaliar o conjunto: o cliente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, a sua agressividade, os seus medos não expressos e os seus desejos não satisfeitos. Só assim o enfermeiro poderá efectuar uma avaliação da situação e poderá planear uma implementação de cuidados, direccionados para as necessidades pertinentes daquele cliente na sua situação única de cliente terminal. Cuidar, também o cliente em fase terminal, implica pois a valorização da relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura do cliente e a sua participação nas decisões a tomar (Mayeroff, 1990).

Relação Semântica	Inclusão Estrita
Forma	X é um tipo de Y



Domínio Cultural Tipos de cuidados espirituais proporcionados pelo enfermeiro aos clientes.

Figura 11 – Domínio Cultural 11

No que concerne ao domínio previamente analisado, importa verificarmos a análise taxonómica, pelo facto dos conteúdos indicarem pertinência para o objecto da investigação.

Taxonomia

Tipos de cuidados espirituais proporcionados pelo enfermeiro aos clientes

Proporcionar o bem-estar



Auxiliar nos cuidados
Ajudar nos posicionamentos
Executar técnicas invasivas de forma adequada
Promover a hidratação

Proporcionar atenção



Cumprimentar à admissão
Saber como gostam de ser chamados
Chamar pelo seu nome
Escutar com atenção e disponibilidade

Facultar o acompanhamento familiar



Esclarecer com os familiares os horários das visitas
Providenciar o acompanhamento prolongado (24 Horas) pelos familiares que manifestem disponibilidade
Acomodar em quarto individual
Promover o envolvimento da família nos cuidados

Atribuir importância às manifestações espirituais



Dialogar sobre a importância da espiritualidade no contexto de saúde/doença
Respeitar as manifestações espirituais
Proporcionar liberdade a presença de símbolos/imagens

Realizar o toque terapêutico



Utilizar de forma natural
Utilizar nos momentos adequados
Providenciar conforto

Presença



Mostrar disponibilidade
Dialogar sem impôr limite de tempo
Sentar-se próximo
Escutar

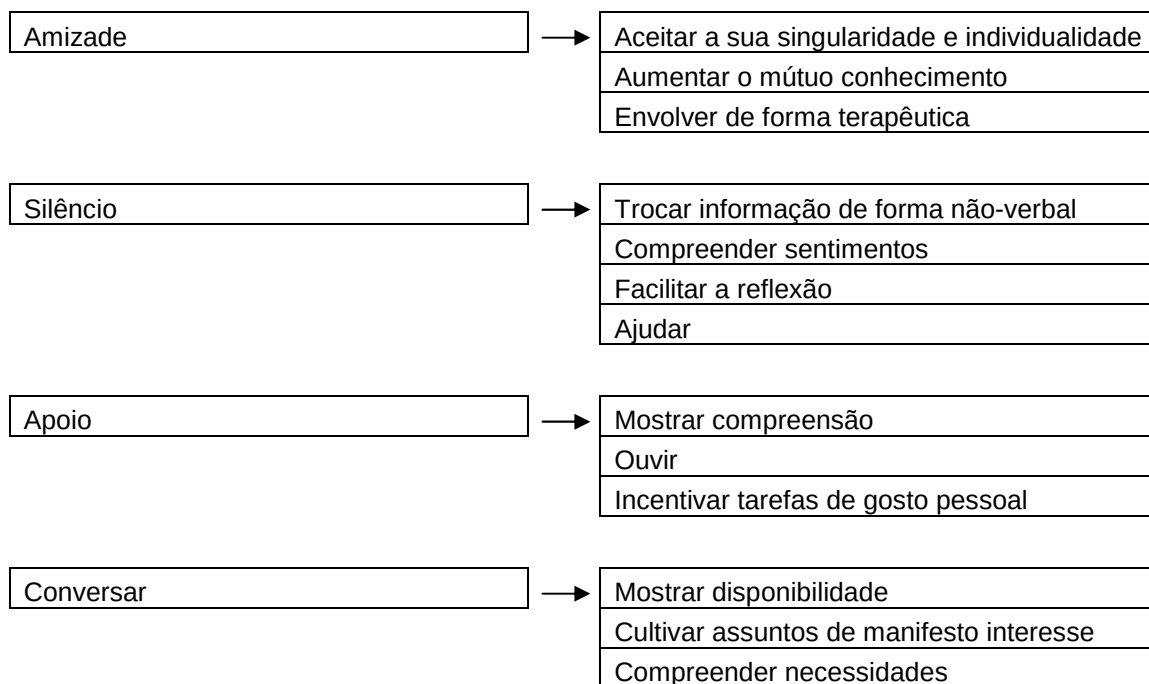


Figura 12 – Análise Taxonómica

2.5 Análise de temas

Decorrente da finalização da análise dos domínios culturais e da consequente organização dos mesmos para a análise dos temas optamos por utilizar uma das estratégias propostas por Spradley (1979) que é denominada de *imersão nos dados*.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), “*um tema é um conceito que emerge dos dados com uma tendência para a concepção dominante ou uma distinção-chave*” (p. 248). O tema cultural emerge, assim, a partir dos vários domínios culturais e possibilita a visualização holística da cultura estudada. Um indício da existência de um tema cultural é a recorrência da ideia sobre algo, que encontra-se presente em vários domínios culturais. Os temas culturais são desvendados por meio da imersão que se caracteriza pelo contacto intenso do pesquisador com os dados. O tema cultural ou os sub temas, se existirem, é algo com alto grau de generalidade, que, com poucas palavras retrata a cultura e representa a contextualização do investigador sobre a cultura estudada.

Deste modo, da estratégia utilizada emergiram os seguintes temas:

- **A espiritualidade é uma certeza nos clientes em fase terminal** – que representa a dimensão que a espiritualidade assume no âmbito hospitalar para os clientes em fase terminal.
- **O cuidar espiritual ajuda os clientes em fase terminal** – que reconhece a importância que a espiritualidade assume no fim de vida dos clientes.

- **Os enfermeiros são um elo importante na tríade: indivíduo – cultura – doença terminal** – que identifica o papel dos enfermeiros como potencializadores de uma prática de cuidar holística.

Neste contexto podemos afirmar que o tema emergente que identifica a representação da dimensão que a espiritualidade assume no âmbito hospitalar para os clientes em fim de vida é uma concepção que se destaca, pelo facto desta concepção estar presente em grande parte dos domínios culturais: Tipos de representação da dimensão espiritual dos clientes; Resultado do fenómeno de acreditar em algo; Tipos de sentimentos vivenciados pelos clientes na proximidade com o fim da vida; Tipos de necessidades espirituais referidas pelos clientes em fase terminal; Razões para os clientes pedirem auxílio a uma entidade transcendente.

Relativamente ao tema emergente que reconhece a importância da espiritualidade no fim de vida dos clientes, os domínios culturais aos quais fazem referência são: Tipos de estratégias de *coping* utilizadas pelos clientes em situação de doença terminal no contexto hospitalar; Tipos de cuidados espirituais proporcionados pelos enfermeiros.

Por último e quanto ao tema emergente que identifica o papel dos enfermeiros como potencializadores de uma prática de cuidar holística, os domínios culturais que se encontram subjacentes são: Formas utilizadas pelos clientes para manifestar a espiritualidade como prática cultural; Tipos de significados atribuídos à prática religiosa como manifestação espiritual do cliente em fase terminal; Características identificadas pelos clientes em relação a uma pessoa religiosa; Resultado da influencia da cultura nas manifestações espirituais do cliente.

Todos os temas em análise não foram validados com os informantes pela dificuldade de contacto fora do local de estudo e devido ao facto de durante o estudo seis dos informantes terem falecido no internamento. A validade dos dados não é de modo algum afectada devido à clareza com que figuram na maioria dos domínios. Assim, segundo Spradley (1980), quando uma ideia simples ocorre em mais do que um domínio cultural, existe a possibilidade de estarmos perante um tema cultural. O referido autor sugere ainda que é importante assegurar que os temas culturais não necessitam da aplicação concreta a cada sistema simbólico de uma cultura. Alguns temas ocorrem com um contexto reduzido ou em poucos domínios.

Deste modo os temas podem ser desenvolvidos em diferentes níveis de abstracção, afirmações sobre determinados tipos de contextos, afirmações universais sobre os seres humanos, o seu comportamento e as situações envolventes.

Este percurso e através de toda a análise efectuada, permitiu-nos alcançar a análise dos temas que é o culminar da análise etnográfica que se consistiu na procura de partes da cultura, da relação entre as partes e por último, da relação das partes com o todo. Neste contexto é importante relembrar o facto de que o conhecimento cultural nunca ser consistente em cada pormenor e que a maior parte das culturas contém proposições, ideias e crenças contraditórias (Spradley, 1980).

Neste estudo são estas discordâncias que permitem compreender, através das práticas culturais, o significado da espiritualidade em clientes em fase terminal no contexto hospitalar. São também essas contradições que levam a trilhar novos e diferentes caminhos com o intuito de utilizar os conhecimentos obtidos para a melhoria da prática do cuidar holístico em enfermagem, tendo como referência o conhecimento da realidade estudada.

CONCLUSÃO

Torna-se imperativo, no final deste estudo, fazer um balanço, uma síntese, uma conclusão, provisória ou parcial que seja, acerca de um percurso suportado por múltiplas vias de abordagens e alguns obstáculos no sentido de encontrar os significados que emergiram da pesquisa.

A contribuição e consequente construção de um enquadramento teórico-conceitual constituiu um elemento decisivo, senão central, na explanação da produção científica que aqui pretendemos explicitar. Procurámos autores e teorias que servissem de pressupostos para orientar o nosso caminho que, de acordo com Spradley (1979), deve constituir-se como um trajecto de aprendizagem e negação de ideias pré-concebidas.

Assim, ao longo dos capítulos anteriores, fizemos uma abordagem de questões teóricas e conceptuais relacionadas com a problemática do estudo. Deste modo, reconhecendo à enfermagem a multiplicidade dos fenómenos humanos que lhe são relevantes, tornou-se pertinente reflectir sobre a humanização nos serviços de saúde, de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados, pois o cuidar, essência da enfermagem, ocorre na interacção das pessoas com o meio envolvente. Considerámos os objectivos propostos, definimos uma metodologia de investigação e apresentámos os resultados obtidos. Neste sentido, considerando os objectivos propostos, consideramos necessário e pertinente apresentar as conclusões que consideramos emergentes.

Iniciámos o percurso na inter-relação com o cliente internado numa unidade de saúde e com o seu contexto, recorrendo a uma estratégia de tipo etnográfico, com a consciência de ser o cliente o foco da atenção, pois é a pessoa que tudo, que sente e que nos ajuda a reflectir, enquanto enfermeiros e seres humanos, acerca da importância das manifestações espirituais na fase terminal. Em todos esses momentos, privilegiámos o contacto directo. O contacto com as experiências vividas possibilitou uma melhor compreensão dos fenómenos em estudo, sendo assim possível analisar o enquadramento cultural do cliente. Tendo sempre presente as questões orientadoras da investigação e os objectivos traçados, o percurso de investigação proporcionou-nos a verificação dos conhecimentos, até mesmo a contemplação, relativamente às principais manifestações espirituais dos clientes em fase terminal internados numa unidade de saúde.

Ao longo do estudo, emergiu a importância que as manifestações espirituais assumem no contexto hospitalar dos clientes em fase terminal. Nos discursos de todos os

clientes foi possível constatar a evidência efectuada no que se refere à associação entre a dimensão espiritual e a dimensão religiosa. Verificámos que a espiritualidade se apresenta como um denominador habitual e que a procura de autenticidade face a si próprios, aos outros e à vida; é o sentido profundo dos acontecimentos da sua presente existência e da sua própria história. A espiritualidade assume contornos mais vastos e abrangentes que a dimensão religiosa, por ser uma dimensão que proporciona outro bem-estar, paz interior, serenidade, um sentimento profundo de gratidão e até reconhecimento nas relações humanas. No campo de outras representações, os clientes encontram forças e significado, ou significados, para o seu percurso pessoal, nomeadamente, pela presença física do terço, de imagens de Santos, pela presença da Bíblia, mas, também, em pagelas significativas de determinado Santo, mais próximo pela devoção, como forma de atribuição de sentido à vida.

Desta forma, concluímos que o ser humano, por um lado, atribui significado à sua experiência actual, na mesma medida em que desenvolve e/ou aprofunda as relações com o seu meio social, mas, por outro, o significado da experiência resulta também do fenómeno de acreditar em algo – fé num poder superior, das manifestações relacionadas com a espiritualidade e da aceitação da condição como um acontecimento inerente à dimensão humana. As manifestações são explicadas, em inúmeros momentos, como uma sensação de conforto: um conforto interior, um conforto espiritual e um conforto da alma, além de um sentimento de força que os impulsiona para um dia seguinte no aconchego espiritual da ajuda obtida.

No que se refere à abordagem das necessidades espirituais, de modo explícito, é essencial salvaguardar e registar, através da proveniência dos discursos e das atitudes dos clientes, a importância atribuída ao acompanhamento proporcionado pela família, ao tempo propiciado para reflexão, ao falar a Deus, através ou não da oração, ao sacramento da comunhão e à presença do capelão, bem como, à leitura da Bíblia Sagrada.

Julgamos importante sublinhar que assinalámos, em quase todas as circunstâncias, o valor atribuído à família pelo cliente, durante toda a sua vida e, em particular, neste momento de reconhecimento perante a finitude. Nela substanciam-se a partilha das alegrias, angústias e tristezas. Pois, em todo o presente limiar do tempo e numa reflexão suportada por Wright (2005), a necessidade de valores transcendentais, nomeadamente, a compaixão, a fé, a paz, a confiança e o amor são entendidos como necessidades espirituais, no sentido de se encontrar significado, ou significados, perante a doença, numa directa perspectiva ao apoio dos familiares.

Na manifesta importância da presente conclusão, acentuamos as referências manifestadas pelos clientes, no que se refere à importância da disponibilidade dos enfermeiros em estarem próximos e em escutá-los, num contexto de ajuda e de redução do seu sofrimento, pois, como referem, possibilitam-lhes espaços de recolhimento e encontro permitindo-lhes alcançar uma sensação de paz interior. Nestes momentos de reflexão, os clientes manifestam encontrar conforto nas conversas e orações mantidas com uma força superior, transcendente, mas bem real e presente nas suas vidas. A leitura da Bíblia permite-lhes, também, uma sensação de bem-estar pelo encontro de respostas a perguntas baseadas nas angústias e no sofrimento.

Entre as necessidades registadas como mais pertinentes, o sacramento da comunhão parece ser uma das mais relevantes, pois reflecte directamente a corrente eucarística no ambiente hospitalar e, de uma forma particular, coloca o cliente mais próximo da sua religião.

No que se refere ao significado atribuído à prática religiosa, verificámos que o cliente, ao encontrar um significado e um objectivo para a vida ou a necessidade de atribuir um significado às experiências da vida, incluindo a doença terminal, revela-o como a principal manifestação espiritual, ou seja, a principal necessidade espiritual. Neste contexto, tornou-se importante realçar o respeito e a crença na palavra de Deus, pois, os símbolos do inconsciente são mobilizados através das palavras, bem como, da preservação de algo securizante perto de si. Estas significações, organizadas culturalmente, fornecem sentido e coerência para os acontecimentos futuros.

Os Açorianos são um povo religioso, o que por si atribui significância profunda à personalidade das pessoas e à cultura dos seus grupos. Nas características identificadas relativas à ao público-alvo da investigação, constatámos que o ser-se religioso se fundamenta na presença física na missa, pois os rituais da celebração da eucaristia conferem aos fiéis as condições de vivenciar, de modo objectivo, a sua segurança e a orientação necessárias em Deus. No entanto, a realização de boas acções é considerada uma vertente mais prática, mas nem por isso menos importante, pelo facto de reflectir a bondade da pessoa e auxiliar na transmissão da mensagem de Deus. No caso do único cliente Testemunha de Jeová, verificámos que o aprofundamento do estudo bíblico assume primordial importância no modo de manifestação da sua espiritualidade quando acompanhado de uma instrução colectiva e de um encorajamento mútuo para a vida “entre os irmãos”.

Na avaliação dos resultados, relativos à influência da situação actual de cliente em fase terminal nas manifestações espirituais, apurámos que, num momento de crise e

quando as pessoas não têm a capacidade de resolver as situações presentes de modo objectivo, a procura da solução verifica-se no domínio sobrenatural. Desta forma, a religião, como um sistema *emic*, assume, e assumiu, um papel importante na vida dos clientes que procuraram a resolução dos seus problemas de saúde através de recursos espirituais, de modo a lidarem com as situações que ultrapassaram as fronteiras da ciência.

Perante a situação actual de doença e com a proximidade da finitude da vida, registámos que o cliente apreendeu a utilizar os recursos divinos ou espirituais como uma manifestação, não só, de fragilidade do Homem, como também de devoção a algo ou a alguém que reconhece existir no espaço transcendental do Universo. As razões identificadas para o desenvolvimento das acções prendem-se, sobretudo, com o medo de enfrentar a situação de finitude, o confronto com um momento de crise que pode estar relacionado directamente com a doença em si ou indirectamente com a hospitalização adjacente à doença, bem como, ao agravamento da situação clínica. Nestes momentos, verificámos, também, que os sentimentos vivenciados são de uma racionalidade limitada. Para uns há o sentir de uma leveza e um bem-estar, através da utilização da oração, da presença de símbolos religiosos e da comunhão de modo a encontrarem-se internamente e espiritualmente consigo próprias. Para outros, existe o sentimento de medo, explicado através da repressão da morte oriunda da cultura ocidental e pela perda de sentido da vida. Primeiramente, em consequência da sintomatologia associada à doença e, em segundo lugar, pela relação directa à perda de identidade na comunidade social e da hierarquia familiar. Sublinhamos, ainda, a dimensão verificada relativamente à tristeza, pois sobressai em diferentes manifestações, quer verbais, quer não verbais. Num sentimento de confronto com a vida, constatámos que a angústia acompanha frequentemente os clientes que ainda não se encontram no estadio de aceitação da sua condição e mantêm uma luta interior, sem tréguas, como guerreiros e futuros vencedores da batalha da vida.

Ao reflectirmos acerca das acções empreendidas no acto de cuidar e direccionadas ao respeito dos valores e crenças pessoais como uma verdade absoluta na afirmação das necessidades de cada pessoa, à aceitação das perspectivas individuais e atitudes desenvolvidas, constatámos que, quando centrados na temática relativa aos cuidados espirituais proporcionados pelos enfermeiros e mencionados pelos clientes como mais relevantes, se manifesta importante assegurar, por meio das manifestações verbais ou outros cuidados, a disponibilidade da atenção, utilizando a escuta activa, o diálogo sem pressas e a permissão prolongada dos familiares, de modo a envolvê-los na parceria dos cuidados. Verificámos ainda, o registo dos clientes quando manifestaram a importância atribuída pelos enfermeiros às suas manifestações espirituais,

sobretudo, pelas acções desenvolvidas no acto de cuidar. A presença dos enfermeiros em situações de diálogo ou simplesmente de silêncio, mas assentes num acto consciente de estar plenamente presentes em corpo, mente, emoções e espírito, foram indicadores de algumas entrevistas, referidas como gestos repletos de valor e de significado, permitindo o encontro e o sentido da amizade, da compreensão e do apoio para muitas horas partilhadas durante os dias e as noites.

Assumindo o conhecimento de que o cuidado promovido ao indivíduo, saudável ou doente, deve ser assente na integralidade, evitando a fragmentação do atendimento de saúde prestado à população, consideramos que o cliente deve ser considerado como um ser social, cultural, possuidor de crenças, valores, experiências de vida, medos, angústias, incertezas e expectativas e, por isso, deve ser respeitado, principalmente na vivência da situação de proximidade com a finitude da vida. Nesta óptica é de salientar o papel do enfermeiro na compreensão do cliente com doença terminal como um “produto” da cultura a que está subjacente.

Ao avaliarmos as formas mais utilizadas para interpretar o momento de doença, constatamos que os padrões culturais são criações próprias de cada comunidade e apreendem-se transversalmente; neste grupo foram reveladores de determinados padrões culturais, nomeadamente, o hábito de rezar o terço e recurso da fé direccionada para Deus. Manifestou-se também importante, para os clientes, a pertença a um grupo de cariz religioso, bem como, o acto social e colectivo de participar na eucaristia. Verificámos que, por consequência, ou mesmo em algumas situações por motivos intrínsecos, a Igreja representa para o sentido das suas próprias vidas uma construção sagrada na qual devem ser trilhados os ensinamentos propostos pela doutrina. Não constatámos divergências entre os seus sentimentos e as dimensões da manifestação da fé, pois o princípio que os acalenta assenta no profundo cariz da cultura açoriana de base profundamente religiosa e espiritual.

À reflexão proveniente da análise, importa salientar que o cliente em fase terminal vivencia de forma muito particular esta etapa da sua vida, apresentando e manifestando necessidades muito específicas que devem ser adequadamente cuidadas, nomeadamente, a necessidade espiritual. Desta forma, consideramos que o enfermeiro deve estar desperto, quer para as manifestações verbais, quer para as manifestações não verbais do cliente, pois nem sempre as manifestações espirituais do cliente são expressas verbalmente, mas através da sua expressão facial, dos seus gestos, entre muitas outras formas de comunicação não verbal. Perspectivados pelos sinais do cliente em fase terminal, os actores do cuidar, os enfermeiros, pela acção da sua missão, a enfermagem, devem continuar a agir e a intervir, respeitando os valores

culturais e a ambiência vivencial das pessoas, mas atentos, em todas as circunstâncias, à dimensão da prestação de cuidados holísticos, assentes em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da estrutura social e pela a visão do mundo, dos valores, da língua e dos contextos ambientais das diferentes culturas.

Neste sentido, impossibilitados de avaliar toda a riqueza que ultrapassa o objecto da presente investigação científica, julgamos consensual considerar, para reflexão, a defesa da compreensão da cultura no contexto de saúde, pois esta assume profunda importância para os profissionais, em particular, pelo surgimento, cada vez mais frequente, de populações multi-étnicas que mantêm as suas convicções e tradições com reflexos legítimos para o sistema de saúde. E, sendo assim, só com um diálogo consistente entre os profissionais de saúde e os diferentes clientes/culturais, visando uma preocupação objectiva na satisfação das suas necessidades e direitos, quer sejam físicos, psicológicos ou espirituais, é possível, que os cuidados de saúde garantam e permitam encontrarem-se num horizonte de progresso e de unidade.

Este trabalho foi, pois, uma trajectória possível das muitas que poderiam ser seguidas para a abordagem da investigação. Procurámos, por um lado, compreender o significado da espiritualidade nos clientes em fase terminal aquando do internamento e, por outro, assimilar o papel que os enfermeiros ocupam nesse percurso por vezes tão solitário para o próprio cliente. Foi um percurso desenvolvido com muito esforço, e apesar de algumas fragilidades, julgamos ter percorrido dimensões muito pessoais de vida com a astúcia de quem nos pode partilhar sentimentos e, acima de tudo, proporcionar validar os objectivos a que nos propusemos. Contudo, estamos conscientes que não esgotámos a reflexão sobre a temática. Distantes de tal propósito e finitude. Assim, outras linhas de orientação podem percorrer os dados obtidos da investigação, cientes que estamos também da lógica de valorização crescente da condição social e cultural do cliente em fase terminal.

Neste sentido, novos desafios e reflexões podem ser deixados pela investigação, nomeadamente, a pertinência de uma reflexão, mais aprofundada, sobre a importância e compreensão do significado da espiritualidade nas experiências e práticas da enfermagem, tendo agora como sujeitos os próprios cuidadores. Outra linha importante de investigação poderia consistir em realizar um estudo similar ao presente numa comunidade culturalmente distinta, procedendo posteriormente à comparação da informação, identificando especificidades e comunalidades.

Em suma, julgamos ser necessário à enfermagem encontrar na tradição espiritual do seu passado a complementaridade às aquisições técnicas e científicas do presente. O

enfermeiro, para poder manter a continuidade do desenvolvimento da sua profissão numa vertente holística, necessita de enfrentar o sofrimento e as emoções, como uma estratégia tão pertinente como aquela que possui para cuidar da dor física. Só na experiência de toda a espiritualidade e transcendência humana, o cuidado poderá ser verdadeiramente holístico e possuir a capacidade de ajudar a encontrar um sentido para a existência, ainda que se esteja perante um fim que se aproxima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIVEN, M. (2001). *Para uma morte mais humana: experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ABREU, W. C. (2003). *Saúde, doença e diversidade cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ALLAN, H. (2003). Cultura: o contexto social da cirurgia. In K. MANLEY, L. BELLMAN, & J. LUMBY. *Enfermagem cirúrgica. Prática avançada* (Cap. 10, pp. 189-211). Loures: Lusociência.
- ALMEIDA, A. M. S., & SILVA, I. M. R. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 15 (193), 20-21.
- ALMEIDA, C., COLAÇO, C., & SANCHES, L. (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. *Enfermagem em Foco*, 28, 36-43.
- ALONSO, I. K. (2003). O cuidado de enfermagem na saúde da família – sob o olhar da antropologia da saúde. *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, 1 (1), 60-65.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos. Recomendações da ANCP*. Recuperado em 11 de Junho de 2007, de http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf
- ATKINSON, L. D., & MURRAY, M. E. (1989). *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- AZEVEDO, F., CUNHA, F., MAIA, M., FIGUEIREDO, R., & AMARAL, T. (2005). Espiritualidade: uma dimensão do cuidar. *Informar - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, XI (34), 9-14.
- BARROS-OLIVEIRA, J., & NETO, F. (2004). A validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (12), 355-367.
- BASSINI, P. F. (2000). Dimensão espiritual na terceira idade. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Org.). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (Cap. 35, pp. 487-496). São Paulo: Editora Atheneu.
- BATALHA, L. (2005). *Antropologia – uma perspectiva holística*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- BENKO, M. A., & SILVA, M. J. P. (1996). Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 4 (1), 71-85.
- BERENTHAL, J. A. (1994). The role of voluntary services in caring for dying people. *Professional Nurse*, 9, 267-270.

- BLACK, J. M., & MATASSARIN-JACOBS, E. (1996). *Luckmann & Sorensen enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica* (4a ed.). 1º Volume. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- BLANCHE, H. T., & PARKES, C. M. (2003). O cristianismo. In C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Coord.). *Morte e luto através das culturas* (Cap. 7, pp. 165-171). Lisboa: Climepsi Editores.
- BOGDAN, R., & BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOLANDER, V. (1999). *Luckmann & Sorensen – Enfermagem fundamental – abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- BOR, R., & ELFORD, J. (1998). *The family and HIV today: recent research and practice*. London: Cassel.
- BOUYER, G. C. (2008). A morte da representação na filosofia e nas ciências da cognição. *Ciências & Cognição*, 13, 21-46.
- BREITBART, W. (2003). A espiritualidade e o sentido nos cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*, 27 (1), 41-57.
- CALDEIRA, S. M. A. (2002). Cuidar do homem face à dimensão espiritual. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 14 (163), 17-22.
- CARDOSO, M. A. G. M. (2005). A etnografia – uma abordagem metodológica. *Pensar em Enfermagem*, 9 (2), 23-38.
- CARPENITO, L. J. (1997). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. (6a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- COELHO, M. T. V. (2000). Humanização dos cuidados ao doente hospitalizado. *Servir*, 4 (48), 172-177.
- COLLIÈRE, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- COSTA, A. (1991). *Contribuição estatística para a compreensão do culto do Espírito Santo*. Angra do Heroísmo: Casa da Cultura e Juventude de Angra do Heroísmo.
- COSTA, A., TAVARES, A. A., DIAS, G., NEVES, J. C. N., LIMA, J. M., RAMOS, J. A., CARREIRA, J. N., & RODRIGUES, M. A. (1991). *Bíblia Sagrada* (15a ed.). Lisboa: Difusora Bíblica.
- COSTA, M. A. (2002). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

- COSTA, M. S. (2004). Religião e sociedade: a eficácia da religião e a religião da eficácia. In D. Rodrigues (Org.), *Em Nome de Deus. A religião na sociedade contemporânea*. (pp. 121-134). Porto: Edições Afrontamento.
- CUNHA, A. G. (1998). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (2a ed.). Rio de Janeiro: Edições Nova Fronteira. (p. 52)
- DAVIDHIZAR, R., BECHTEL, G., & GIGER, J. N. (1998). A model to enhance culturally competent care. *Hospital Topics*, 76 (2), 22-26.
- DAVIDHIZAR, R., & GIGER, J. N. (2001). Teaching culture within the nursing curriculum using the Giger-Davidhizar Model of Transcultural Nursing Assessment. *Journal of Nursing Education*, 40 (6), 282-284.
- DAVIDHIZAR, R., & GIGER, J. N. (2002). The Giger & Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 185-188.
- DECRETO-LEI nº 16/2001 DR I Série A. 143 (22/06/2001) 3666-3675.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE & MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Recuperado em 15 de Julho de 2007, de www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE & CONSELHO NACIONAL DE ONCOLOGIA. (2004). *Programa Nacional de cuidados paliativos*. Recuperado em 28 de Novembro de 2006, de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006587.pdf>.
- DOVER, L. V., & BACON, J. M. (2003). Cuidados espirituais na prática de enfermagem – observados em pormenor. *Servir*, 51 (2), 68-79.
- DUARTE, Y. A. O., & DIOGO, M. J. E. (2000). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu.
- DURKHEIM, E. (2002). *As formas elementares da vida religiosa. O sistema totémico na Austrália*. Oeiras: Celta Editora.
- FARIA, J. B. & SEIDL, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- FARIA, J., & SEIDL, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3 (18), 381-389.
- FERGUSON - MARSHALLECK, E. G., & MILLER, J. K. (2005). Influências socioculturais na saúde da família. In S. M. H. HANSON. *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação* (Cap. 5, pp. 109-129). Loures: Lusociência.
- FERNANDES, S. C. M. (2004). Quais as expectativas do doente oncológico face aos cuidados de enfermagem? *Servir*, 52 (1), 5-10.

- FERREIRA, L. M. (2006). *Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- FERREIRA, L., PEREIRA, L., RODRIGUES, F., & SOUSA, M. O. (2007). Só acredito em duas coisa: em Deus e em vocês! Cuidados de enfermagem valorizados pelo doente oncológico em fase terminal. In I. Camarro, L. Fradique, M. G. N. Carneiro, M. M. Guedes & T. Rebelo (Org.). *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica* (pp. 339-358). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- FIDALGO, M. (1995). *Açores, ensaios de sociologia*. Ponta Delgada: Instituto Açoriano de Cultura.
- FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FRANKL, V. E. (1993). *A presença ignorada de Deus*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- FRIAS, C., VALENTIM, J., & MONIZ, J. (1997). *A pessoa com doença oncológica em fim de vida. Vivências e expectativas face ao processo de doença e cuidados de enfermagem*. Trabalho desenvolvido no contexto do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa, Portugal.
- FRIAS, C. (2001). A espiritualidade: Uma dimensão a valorizar no cuidar a pessoa em fim de vida. *Servir*, 49 (6), 263-266.
- FRIAS, C. F. C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Lisboa: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- FRYBACK, P. B., & REINERT, B. R. (1999). A espiritualidade e os doentes com diagnóstico potencialmente fatal. *Servir*, 47 (5), 239-248.
- GAMEIRO, M. (1998). O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. *Referência*, 0, 5-12.
- GAMEIRO, M. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- GAMEIRO, M. (2004). Estar doente: atribuição pessoal de significações. *Referência*, 12, 35-43.
- GARCIA, S. P. (2002). Comunicação/enfermeiro/doente oncológico terminal em contexto hospitalar. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 14 (165), 20-26.

- GEERTZ, C. (1989). *A interpretação das culturas*. (2a ed.) Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Ed.
- GEMITO, M. L. G. P. (1999). Relações interpessoais ao cuidar do idoso. *Servir*, 47 (4), 172-176.
- GIDDENS, A. (1997). *Sociologia*. (3a ed.) Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.
- GIGER, J. N., & DAVIDHIZAR, R. E. (1991). *Soins infirmiers interculturels: recueil de données et action de soins*. Paris : Editions Lamarre.
- GIL, A. (1991). *Como elaborar projectos de pesquisa*. (3a ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- GOETZ, J., & LECOMPTE, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid : Edições Morata.
- GÓMEZ, G. R., FLORES, J. G., & JIMÉNEZ, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2a ed.). Archidona: Ediciones Aljibe.
- GOVIER, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*, 14 (17), 32-36.
- GRIFFIN, A. (1994). Holismo na enfermagem: o seu significado e valor. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 7 (82), 20-22.
- HAMMERSLEY, M., & ATKINSON, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona :Ediciones Paidós Ibéria S.A.
- HANSEN, T. J. (1993). The spiritual dimensions of individuals: conceptual development... *Nurs. Diagnosis*, 4 (4), 140-146.
- HEGEL, G. W. F. (1998). *Fenomenologia do espírito de Hegel*. Lisboa: Edições 70.
- HELMAN, C. G. (2003). *Cultura, saúde & doença*. (4a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- HENNEZEL, M., & LELOUP, J. Y. (1998). *A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista perante a morte nos dias de hoje*. Portugal: Editorial Notícias.
- HENNEZEL, M. (1999). *Diálogo com a morte*. (3a ed.). Lisboa: Notícias Editorial.
- HENNEZEL, M. (2000). *Nós não nos despedimos: uma reflexão sobre o fim da vida*. Lisboa: Notícias Editorial.
- HERMANN, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 28 (1), 67-72.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- HOLLINS, S. (2005). Spirituality and religion: exploring the relationship. *Nursing Management*, 12 (6), 22-26.

- HOLLOWAY, I., & WHEELER, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Science.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *Censos de 2001: resultados definitivos – IV recenseamento geral da população, IV recenseamento geral da habitação*. (8º vol., Açores) Acedido em: 11 de Dezembro de 2007, em www.ine.pt
- JENKO, M., & MOFFITT, S. R. (2006). Transcultural nursing principles. An application to Hospice care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8 (3), 172-180.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS. (1996). *Accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace: JCAHO.
- JUNG, C. G. (1999). *Psicologia e religião*. (6a ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- JUNG, C. G. (2003). *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- KELLEHEAR, A. (2000). Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative Medicine*, 14, 149-155.
- KEMP, C., & BHUNGALIA, S. (2002). Culture and the end-of-life: a review of major world religions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4 (4), 235-242.
- KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., & MAJOR, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions e stratégies*. Québec : Éditions Études Vivantes.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KOENIG, H. (2002). A commentary: the role of religion and spirituality at the end of life. *The Gerontologist*, 42 (suppl. 3), 20-23.
- KOVÁCS, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. *O Mundo da Saúde*, 31 (2), 246-255.
- KRIPPENDORFF, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- KUBLER-ROSS, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LAZARUS, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (ed.). *Health promotion and chronic illness: discovering a new quality of health* (pp. 11-31). WHO Regional Publications: European Series.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda. Uma abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Artes Gráficas.
- LEININGER, M. (1985a). *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando: Grune & Stanton, Inc.

- LEININGER, M. (1985b). Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nursing and Health Care*, 6 (4), 209-212.
- LEININGER, M. (1995). *Transcultural nursing. Concepts, theories, and practice*. Columbus: McGraw-Hill College Custom Series.
- LEININGER, M. (1997). Transcultural nursing research to transcultural nursing education and practice: 40 years. *Image Journal Nursing School*, 29 (4), 341-347.
- LEININGER, M. (1998). Enfermagem transcultural: Imperativo da enfermagem mundial. *Enfermagem*, 2ª série (10), 32-36.
- LEININGER, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 189-192.
- LoBIONDO-WOOD, G., & HABER, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. (4a ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- LONG, A. (1997). Nursing: a spiritual perspective. *Nursing Ethics*, 4 (6), 496-510.
- LOPES, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- LOUREIRO, C. Y. (2001). Cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal. *Revista Sinais Vitais*, 36, 45-50.
- LOURENÇO, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico: realidade e importância*. Coimbra: Quarteto.
- LUMINI, J. A. S. (2006). Dignidade de morrer no hospital: utopia ou realidade? *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 16 (215), 7-12.
- MAEX, E., & VALCK, C. de (2006). Key elements of communication in cancer care. In F. STIEFEL (Ed.). *Communication in cancer care* (Chap.1, pp. 1-5). Berlin: Springer.
- MANSO, F. R., & VELHO, L. V. (2004). A morte, uma etapa da vida. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 15 (185), 18-23.
- MARCONI, M. A., & PRESOTTO, Z. M. N. (2001). *Antropologia: uma introdução*. (5a ed.) São Paulo: Atlas.
- MARQUES, A. R., SANTOS, G., FIRMINO, H., SANTOS, Z., VALE, L., ABRANTES, P., BARATA, P., MONIZ, M., AMARAL, A. P., GALVÃO, M. J., CLEMENTE, V., PISSARRA, A., ALBUQUERQUE, E., GOMES, A. A., & MORAIS, I. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar...* Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- MARTINS, C. R. E. A. (2000). A família e a hospitalização/participação da família no cuidar. *Servir*, 3 (48), 133-135.

- MARTINS, C., VEIGA, C., QUELHAS, I., BARCELOS, O., & AZEVEDO, P. (2004). Cuidar holístico: dimensão espiritual. *Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 10 (32), 10-12.
- MAYER, R. E. (1996). *Thinking, problem solving, cognition*. New York: Freeman
- MAYEROFF, M. (1990). *On caring*. New York: Harper Collins.
- MAZANEC, P., & TYLER, M. K. (2003). Cultural considerations in end-of-life care. How ethnicity, age, and spirituality affect decisions when death is imminent. *AJN*, 3 (103), 50-58.
- McCLOSKEY, J. C., & BULECHECK, G. M. (2004). *Classificação as Intervenções de Enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- McKIVERGIN, M. J., & DAUBENMIRE, M. J. (1994). The healing process of presence. *Journal of Holistic Nursing*, 12 (1), 65-81.
- McSHERRY, W., & ROSS, L. (2002). Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (5), 479-488.
- MELEIS, A. L. (1991). *Theoretical nursing: development & progress* (2nd ed.). New York: Lippincot Company.
- MELO, L. (1989). O enfermeiro perante o doente em fase terminal em oncologia. *Divulgação – Revista de Enfermagem Oncológica*, 10, 28-45.
- MELO, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- MILES, M. B., & HUBERMAN, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- MINAYO, M. C. S. (1991). Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de saúde Pública*, 25 (3), 233-238.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos do doente internado. Recuperado em 12 de Dezembro de 2007, de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdt>.
- MOREIRA, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- MORIN, E. (1988). *O homem e a morte*. Mem- Martins: Europa-América.
- MUNHALL, P. L., & OILER, B. C. (1993). *Nursing research*. New York: National Leigne.
- NARAYAVASAMY, A. (2003). Transcultural nursing. How do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*, 12 (3), 185-194.
- NASCIMENTO, M. N. F. (2007). *Religiosidade e saúde: etnografia de um grupo da RCC em diálogo com a perspectiva Junguiana*. Recuperado em 10 de Dezembro, 2007, de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0359.pdf>.

- NATIONAL CANCER INSTITUTE (2008). Spirituality in cancer care. Patient version. Recuperado em 6 de Janeiro de 2008, de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pda/supportivecare/spirituality/patient/allpages/print>.
- NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION (Org.) (2000). Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- NUNES, J. P., ALVES, M. J. & MALCATA, M. M. (1995). A percepção das diferentes crenças religiosas face ao nascimento, à doença e à morte. *Servir*, 43 (4), 213-225.
- O'BRIEN, M. E. (1999). *Spirituality in nursing: standing on holy ground*. Sudberry, MA: Jones & Bartlett.
- OLDNALL, A. (1996). A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 138-144.
- OLIVEIRA, C. M. S. (1998). O stress e o coping: e a formação em enfermagem? *Servir*, 46 (6), 288-296.
- OLIVEIRA, F. A. (2002). Antropologia nos serviços de saúde integral: idade, cultura e comunicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (10), 63-74.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Código deontológico do enfermeiro – anotações e comentários. Edição. Ordem dos Enfermeiros.
- OSSWALD, W. (1999). Encontro com o outro no fim da vida. *Cadernos de Bioética*, 21, 37-40.
- PACHECO, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. (2a ed.). Loures: Lusociência.
- PARKES, C. M., LAUNGANI, P., & YOUNG, B. (2003). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- PARREIRA, M. V. B. C. (2000). A investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica. *Investigação em Enfermagem*, 2, 39-48.
- PETIT, C. (2004). Cuidar neste mundo. Uma exigência da humanidade. In W. Hesbeen (Coord.). *Cuidar neste mundo*. (pp. 87-102). Loures: Lusociência.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- PIMENTA, C. A. M., KOIZUMI, M. S., & TEIXEIRA, M. J. (2000). Dor crónica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo*, 31 (1), 76-83.
- PINTO, S. M. F., & SILVA, F. A. C. M. (2008). O cuidado: uma resposta ao sofrimento humano. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 18 (231), 38-46.

- PIRES, A. M. L. (2001). Cuidar em fim de vida: aspectos éticos. *Cadernos de Bioética*, 25, 85-94.
- POLIT, D., BECK, C., & HUNGLER, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- PUGARNAU, A. P. (2003). A espiritualidade na última etapa da vida. *Labor Hospitalaria: Humanización, pastoral y ética de la salud*, 268 (2), 7-14.
- QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (3a ed.). Lisboa : Gradiva – Publicações, Lda.
- REBELO, J. E. C. (2007). Viver o luto: a morte dos próximos (pais e filhos). In J. H. S. Brito (Coord.). *O fim da vida* (pp. 35-63). Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia.
- REED, P. (1991). Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. *Family and Community Health*, 14 (2), 14-25.
- RIBEIRO, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- RIBEIRO, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- RILEY, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4a ed.) Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ROBBINS, C. (1991). Corpo, mente e espírito. *Nursing - Revista Técnica de Enfermagem*, 4 (47), 25-27.
- RODEIA, João M. F. (1998). O enfermeiro perante o doente terminal. *Servir*, 46 (3), 110-113.
- ROMEIRA, O. (1998). Espiritualidade. Que importância no cuidar? *Servir*, 46 (3), 127-128.
- ROPER, J. M., & SHAPIRA, J. (2000). *Ethnography in Nursing Research*. California: Sage Publications, Inc.
- ROSENBLATT, P. (2003). O luto em sociedades de pequena escala. In C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Coord.). *Morte e luto através das culturas* (Cap. 3, pp. 41-68). Lisboa: Climepsi Editores.
- ROSS, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patient's health, well-being and quality of life and its implication for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 457-468.
- SANTONI, J., SARFATI, M., ELBAZ, Y., & MANTAGNE, N. (1998). O sofrimento do idoso no fim da vida. *Servir*, 46 (6), 318-322.
- SANTOS, E. (1983). O homem português perante a doença no século XVII: atitudes e receituário. Recuperado em 22 de Fevereiro de 2008 de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo3821.pdf>

- SANTOS, Z. (1995). Reações emocionais a apoio psicológico ao doente com doença grave. *Cuidar*, 2, 3-7.
- SERRA, A. V. (1999). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Edição do autor.
- SERRALHEIRO, M. (1993). A espiritualidade nas pessoas idosas. *Servir*, 41 (1), 20-23.
- SHONTZ, F. (1982). Adaptation to chronic illness and disability. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Ed.). *Handbook of clinical health psychology* (pp. 153-172). New York: Plenum Press.
- SILVA, J. F. da (2006). Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- SILVA, R. C. (2003). Uma reflexão sobre o trabalho docente a partir da análise do conceito de crenças. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (2), 6-13.
- SKALLA, K., & McCOY, J. (2006). Spiritual Assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncology Nursing Forum*, 33 (4), 745-751.
- SNYDER, C. R., & DINOFF, B.L. (1999). Coping: where have you been? In C. R. Snyder (Ed.). *Coping: the psychology of what works* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS [SFAP]. (2000). Desafios da enfermagem em cuidados paliativos. «Cuidar»: ética e práticas. Loures: Lusociência.
- SOEKEN, K. L., & CARSON, V. J. (1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing clinics of North America*, 22, 225-233.
- SOLIMINE, M. A. E., & HOEMAN, S. P. (2000). Espiritualidade: uma perspectiva de reabilitação. In S. P. Hoeman (Org.) (2a ed.). *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação* (pp. 685-701). Loures: Lusociência.
- SOUSA, M. M. B. (1993). O ciclo da vida. A morte: o doente terminal – cuidados de enfermagem. *Servir*, 41 (6), 341-344.
- SPRADLEY, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- SPRADLEY, J. S. (1980). *Participant observation*. New York: Thomson Learning, Inc.
- STEDEFORD, A. (1986). Encarando a morte – uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas.
- STERNBERG, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed Editoras.
- STOLL, S. J. (2002). Religião, ciência ou auto-ajuda? Trajectos do espiritismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, 45 (2), 361-402.
- STREUBERT, H. J., & CARPENTER, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2a ed.). Loures: Lusociência –

- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- SUMALSY, D. (2002) A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42 (Special Issue III), 24-33.
- SWANSON, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- TAP, P., & ALVES, M. N. (2005). Escala Toulousiana de coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6 (1), 47-56.
- TRIVIÑOS, A. N. S. (1990). Introdução à pesquisa em ciências da educação. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, S.A.
- TU, M. S. (2006). Illness: An opportunity for spiritual growth. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12 (10), 1029-1033.
- TWYCROSS, R. (2003). Cuidados paliativos. Lisboa: Climepsi Editores.
- VALA, J. (2005). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Org.). *Metodologia das ciências sociais* (Cap. 4, pp. 101-128) (13a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- VALENTE, M. A. (2000). Espiritualidade: a sua importância na terceira idade e na assistência domiciliária. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Org.). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (Cap. 36, pp. 499-505). São Paulo: Editora Atheneu.
- VEENA, D. (1995). *Critical events*. Oxford: University Press.
- VILA-CHÃ, A. (2004). Dignidade humana: meta última de um capelão. *Servir*, 52 (1), 2-4.
- WALSH, F., & MCGOLDRICK, M. (1998). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem. Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- WEAVER, A. J. & FLANNELLY, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1210-1214.
- WORTHINGTON, J. E. L., KURUSU, T. A., & McCULLOUGH, M. E. (1996). Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: a 10 year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.
- WRIGHT, L. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença – ideias para uma cura*. Coimbra: Ariadne Editora.
- ZOBOLI, E. L. C. P., & PEGORATO, P. B. C. (2007). Bioética e cuidado: o desafio espiritual. *O mundo da saúde*, 31 (2), 214-224.

ANEXOS

Ilustração 1 – Nota de Campo

Identificação	
Sexo: F	Local: Medicina III
Idade: 67	Cama: 21
Estado civil: Casada	Data: 29-01-08
Profissão: Doméstica	Hora: 16:00-19:00
Diagnóstico: Carcinoma Pulmão (Adenocarcinoma)	
Há quanto tempo sabe o diagnóstico? Desde 2001 que está diagnosticado)	
Tem orientação religiosa? Sim	
Se sim, qual? Católica	
Descrição da Situação	
Turno das 16:00-23:00 – 29-01-08	
Ao chegar ao serviço pelas 16: 30, os enfermeiros percorriam o corredor com expressões atarefadas no rosto. Facilmente percebi que o turno da manhã não havia sido fácil. Existe um elemento que está de licença de maternidade e com a falta de pessoal, o turno fora apenas com três enfermeiros, para vinte e seis clientes. Ao cumprimentar uma enfermeira que passava no corredor e perguntar como havia sido o turno ela referiu "...nem me fales..." e entrou no quarto onde estava a administrar terapêutica. Optei por entrar na sala de enfermagem e observar o registo de admissões de clientes. Consultei alguns processos à procura de informações relevantes relacionadas com os clientes. A enfermeira que se encontrava a escrever notas de enfermagem sentada á mesa ajudou-me com algumas informações rápidas. No entanto o médico assistente, que se encontrava a passar a visita pegou nos processos para consultar e eu aproveitei para ir conversar com os clientes. De momento a enfermaria encontra-se com uma lotação superior de camas ocupadas com clientes do sexo masculino, da especialidade de Gastroenterologia. No total estão lá internadas seis clientes do sexo feminino. Ao entrar no quarto nº 5, deparei-me com três senhoras a conversar com a Sr.^a do voluntariado, que é ministra da comunhão e que tinha lá ido para administrar a comunhão aos clientes. Após uma breve conversa acerca do estado geral das clientes a Sr.^a perguntou se queriam receber a comunhão, ao que todas responderam que sim. Então começaram a	

rezar... a Sr.^a ML permanecia deitada na cama, emagrecida, pálida, com as dedos cruzados sobre o peito, a olhar e a ouvir a palavras do Senhor. Rezou baixinho... apenas lhe consegui observar o movimento dos lábios e quando terminou fechou os olhos, como que a concentrar-se num outro momento que não aquele. A Sr.^a entregou a comunhão a todas as três clientes e depois rezaram novamente.

Quando a Sr.^a saiu do quarto eu acompanhei-a até ao outro quarto e depois voltei para verificar como estava a Sr.^a ML. Ela encontrava-se virada para o lado oposto à porta, com o olhar perdido no horizonte, nesse horizonte em que a barreira física apenas se reveste de cimento, os seus pensamentos fluíam. Ao aproximar-me os seus olhos fecharam-se, como se quisesse evitar o contacto com a realidade deste mundo... afastei-me e respeitei esse espaço que de tão pequeno que é sufoca o próprio que nele habita.

Mais tarde ao passar novamente no quarto verifiquei que se encontrava rodeada de familiares, uma senhora e um casal de jovens. No seu rosto, com os olhos enterrados numa face que outrora fora diferente, habitava um esboço de contentamento... um olhar mais desperto, uma conversa corriqueira. Não quis interromper... saí. Haveria de voltar amanhã...

Turno das 16:00-23:00 – 30-01-08

Hoje ao entrar no quarto da Sr.^a ML deparei-me com a cliente deitada no leito, em semi-fowler a conversar com a cliente do lado. Ao verificar que a Sr.^a ML estava desperta e comunicativa aproximei-me de ambas e perguntei com tinha sido o dia. Primeiro respondeu a outra senhora: “Uns dias melhores outros piores...mas lá se vai andando.” Como a Sr.^a ML não haverá respondido direccionei o olhar para ela, ao que referiu, com um encolher de ombros: “Como Deus quer...e eu posso levar”. Pode levar? Questionei eu. “Sim, levar esta cruz...” e nesse instante voltou o olhar para a janela, como que a fugir do meu. Mudei de assunto, perguntando se tinha efectuado levante para o cadeirão. Referir que não, pois estava muito cansada após o banho (esse facto foi referido na passagem de turno, à qual eu assisti para me inteirar melhor dos factos). Continuamos a conversar as três para que o diálogo não fosse tão “constrangedor” para a Sr.^a ML, que sempre que lhe questionava algo sobre o dia de hoje respondia de forma evasiva.

Segundo o que pude apurar através da consulta do processo e do diálogo com a família, esta cliente vem-se deparando desde 2001, altura em que foi diagnosticado o adenocarcinoma no pulmão, com altos e baixos na sua condição clínica. De inicio houve uma evolução favorável com o tratamento de quimioterapia. Foi sendo seguida através da “Consulta de Dia de Oncologia”, até que há +/- 15 dias começou com anorexia, episódios mais acentuados e graves de dispneia de esforço que

evoluíram rapidamente para dispneia em repouso, com farfalheira, e como a cliente referiu “com falta de ar e sempre com um catarro”. Recorreu ao Serviço de Urgência por duas vezes, sendo que à segunda vez foi-lhe diagnosticado um derrame pleural e após consulta com médico assistente foi-lhe revelado um agravamento da sua situação oncológica. A cliente, por sua iniciativa referiu ao médico que não quer ser mais submetida a tratamentos de quimioterapia, o que foi respeitado pela equipe médica. Já no internamento efectuou toracocentese que drenou 1500ml de líquido de características serosas.

Desde então tem estado muito introspectiva e com humor depressivo (segundo os colegas). Nas interacções que desenvolvi com a cliente, esta parece deprimida, optando por não comunicar e quando o faz utiliza respostas curtas e directas, muitas das vezes voltando a face para o lado oposto ao sítio onde estou. Em relação ao apoio familiar, a cliente apresenta um suporte familiar que a ajuda, visitando-a sempre que possível. Referem apoiar a decisão da cliente, visto que é o que podem fazer por ela.

Quando fui auxiliar os enfermeiros a avaliar a glicémia capilar e temperaturas (18h) a cliente encontrava-se mais desperta, pelo que tentei conhecer mais um pouco da sua dinâmica pessoal. Conversamos um pouco sobre a sua vida fora do hospital (situação que lhe parece agradar, pois encontrava-se entusiasmada e expressiva), quais as suas rotinas no dia a dia, até que chegou a uma altura em que referiu “Aos domingos costumo ir ... quando posso e a doença deixa, à missa na igreja. Mas gosto de ir à da manhã, das 8h, para depois não apanhar a confusão”. Quando indagada em relação ao que lhe proporcionava a ida à missa a cliente referiu “Não gosto de estar doente, abatida, pois já sei que no domingo a seguir não vou ter forças para ir à missa. O senhor Padre já me disse que quando eu não conseguir ir à igreja que avise a uma vizinha, que ela vai lá dar-me a comunhão (ministra da comunhão) ...mas não é a mesma coisa”. A Sr.^a ML relata que não é a mesma coisa, pois ela gosta de ir à igreja, chegar mais cedo que a hora da missa, para poder “estar um bocadinho a conversar com Deus.” De seguida perguntei se tinha sentido a presença de Deus ao longo da sua caminhada, ao que ela ficou em silêncio, a olhar para o vazio e depois esboçou “já não há mais nada a fazer...” Fiquei em silêncio a partilhar desse vazio em que se transformou a sua vida. Passados uns breves momentos a Sr.^a ML disse que não queria falar mais sobre “esse assunto”. Percebi que o “assunto”, como ela o disse, ainda estava em ferida, sangrante e profunda, pelo que abordar esse tema iria ser doloroso para a cliente. E devagarinho fui saindo do quarto...e na mesma lentidão a Sr.^a ML foi adoptando a sua posição de refúgio...voltada para a janela, voltada para dentro de si mesma...

Factos Relevantes

- O momento de reflexão ao qual a Sr.^a se entregou após a toma da comunhão, voltando-se quase que de costas para o mundo.
- A “revolta” que transmite nas suas acções e palavras manifestas. Os momentos de silêncio nos quais se envolve diariamente.
- Os momentos mais despertos e expressivos do dia parecem ser, segundo os enfermeiros do serviço, a altura em que se encontra na presença de familiares.
- Refere-se à sua doença como uma “cruz” que carrega.
- Aparenta ter consciência da sua debilidade, através das manifestações e pelo facto de ter recusado o tratamento com quimioterapia e refere que “já não há mais nada a fazer.
- Parece mais à vontade a conversar sobre o seu dia a dia fora do hospital, quais as suas rotinas diárias, etc.
- Quando questionada acerca do auxílio que Deus poderia ter dado no decorrer da sua situação, não respondeu directamente à questão e referiu não querer falar mais no assunto.

Análise

- A cliente apresenta no internamento (segundo os enfermeiros e na consulta dos registos) momentos de silêncio e reflexão. Permanece desperta mas pouco comunicativa. Aquando da toma da comunhão quase que se emociona, será que por estar a reflectir sobre a presença do corpo de Cristo na hóstia sagrada?
- Encontra-se manifestamente revoltada com a sua situação actual, e pelas suas manifestações parece que deixou de lutar pela vida (fase da depressão, em que o cliente gradualmente toma consciência das consequências reais da sua doença).
- A presença dos familiares parece ser o momento que mais predispõe a cliente durante o dia para o diálogo, talvez por sentir que aquelas são as raízes que a prendem à terra e à vida? o facto de também se sentir confortável a conversar sobre actividades que desempenhava quando a doença não a impossibilitava transparece alguma negação em relação à doença.
- A referência à sua situação de doença como uma “cruz” transmite o sofrimento, quer físico (pela sua debilidade, o seu corpo está restrito a uma

cama, podendo mover-se com a ajuda de outros), quer psicológico (pelo encontro que revive todos os dias perto de outros clientes em situações semelhantes, este é o seu espelho), quer social (pelo isolamento a que se vê obrigada a fazer, não permitindo que a sua vida quotidiana se desenvolva) e sim, também espiritual (pela reduzida capacidade que sente em encontrar-se consigo própria, em encarar a sua situação de frente e conduzir as suas energias não para a contornar, mas para a viver, sim, viver).

- O facto de não querer falar naquele momento acerca da forma como Deus a acompanhou nesta caminhada reflecte apenas a revolta desenvolvida pela cliente. A resposta dada “já não há mais nada a fazer” reflecte um misto de revolta e aceitação ao mesmo tempo?

Ilustração 2 – Entrevista

Corpo de texto da entrevista

Agradecimentos, explicação (No caso deste cliente e visto não ter presente um consentimento informado e visto o cliente manifestar interesse na entrevista, optei por efectuar a leitura, sob gravação, do Consentimento Informado e após o cliente aceitou e acordou com os aspectos referidos).

INV: Gostaria de começar a entrevista, compreendendo, quem é que para si orienta a sua vida?

ENT: Quem é que me orienta a minha vida?

INV: Sim.

ENT: Bem, como sabe, eu sou Testemunha de Jeová, e... tenho já escola bíblica há já trinta anos. E eu oro muito a Deus quando passo por coisas difíceis, para decidir... eu oro a Deus para pedir a sua orientação. Para me iluminar a mente, na melhor maneira de resolver o problema.

INV: Para si, daquilo que me disse, quem orienta a sua vida, segundo o que me disse, é Deus?

ENT: Sim. Por meio da bíblia. Por exemplo, a Bíblia tem orientações para todos os problemas da vida.

INV: Humm, humm.

ENT: E então agente procura orientação na Bíblia Sagrada.

INV: E então de que forma é que o senhor encontra essa orientação? Já referiu ser através da Bíblia, e existe outra forma?

ENT: De alguma outra forma... eu também consulto a minha esposa, porque a Bíblia diz que a esposa é uma “ajudadora” do marido. Também procuro a minha esposa, como minha “ajudadora” para me dar um conselho.

INV: Humm humm.

ENT: E então depois tomo a decisão. Segundo a Bíblia e também segundo a ajuda da minha esposa.

INV: Humm. Se eu lhe pedir para descrever a espiritualidade, o que me dizia?

ENT: A espiritualidade, segundo a Bíblia, e espiritualidade é... segundo a Bíblia a espiritualidade é... do ponto espiritual, não é?

INV: É sim senhor.

ENT: Portanto, Deus é espiritual. É uma criatura espiritual, não é?

INV: Sim...

ENT: Portanto, quando agente fala em espiritualidade...

INV: Humm, humm.

ENT: Estamos se referindo ao conhecimento, né? Ao conhecimento do Criador de todas as coisas, que é um Deus espiritual, não é?

INV: Sim... E no internamento, como sente este Deus espiritual que se refere?

ENT: Como é que eu sinto? A minha Bíblia está sempre comigo, para todo o lado que vou ela vai comigo (nesse momento estica o braço e pega na Bíblia Sagrada que estava em cima da mesa de cabeceira e mostra-a) e também tinha os... agente chama-se por... as Testemunhas de Jeová chamam-se todos por "irmãos", irmãos no sentido espiritual, irmãos da mesma crença, quer dizer que temos a mesma crença. Assim, tenho os meus irmãos que me visitam, a presença da minha esposa, e tenho também a Bíblia Sagrada, porque a Bíblia diz (neste momento abre a Bíblia e procura um capítulo específico) ... no livro de Provérbios 3:5, "Confia em Jeová (que é o nome de Deus) de todo o teu coração e não te estives na tua própria compreensão. Nota-o em todos os teus caminhos e Ele mesmo endireitará as tuas veredas" ... diz a Bíblia.

INV: Humm, humm. E o senhor costuma consultar esses...

ENT: sim eu lembro-me desse versículo muitas vezes. Ainda antes de ir para a mesa da operação (Bloco Operatório) eu... lembrei-me de confiar em Jeová e... não confiar em mim próprio. Mas confiar em Deus e na sua orientação.

INV: Foi importante para si naquela altura a presença da Bíblia, ter a presença dos seus irmãos?

ENT: Foi, foi.

INV: Diga-me como é que foi?

ENT: Foi muito importante, pois tanto a Bíblia nos encoraja, como também os nossos irmãos espirituais.

INV: Humm, humm.

ENT: Eles visitam-nos, encorajam-nos a presença deles. Eles dão-nos palavras de encorajamento e então agente sente-se confortados.

INV: Nesse momento em particular da sua doença (cirurgia abdominal para efectuar colostomia), sentiu-se confortado com a presença deles?

ENT: Pois, com a presença deles, não é... também os médicos foram muito, foram muito encorajadores para mim...

INV: Foram encorajadores?

ENT: Foram encorajadores... que tudo ia correr bem... que tudo ia correr bem. As análises estavam muito boas, o sangue estava bom, com uma... como é que se diz?

INV: Hemoglobina?

ENT: Sim, a minha hemoglobina era de 14... de 14. Tudo vai correr bem diziam eles, tudo vai correr bem...

INV: E à quanto tempo foi isso Sr.º J?

ENT: Fez em Julho passado 1 ano. E agora há dois meses atrás fui ao médico outra vez para fazer a operação da uma hérnia, pois daqui de onde tem o saquinho (e aponta para o abdómen) para as fezes... aqui... é que o meu recto foi cozido.

INV: Sim, eu sei...

ENT: E neste onde tem o saquinho para as fezes aqui do lado da barriga, os intestinos começaram a sair... começou a fazer...

INV: Tipo uma hérnia...

ENT: Sim, e eu fui operado novamente. E foi na altura desses exames que os médicos começaram a pensar que podia haver outra coisa...

INV: Outra coisa?

ENT: Sim, que podia haver... raízes. Que o meu câncer podia ter feito raízes e já estar noutro lugar.

INV: E desde que teve conhecimento de todo este processo de desenvolvimento da doença, como é que foi para si? Como é que foi para si ser operado novamente?

ENT: Olhe, eu nunca tive problemas... quer dizer, sintomas que eu estava a ter problemas nos intestinos.

INV: Humm, humm.

ENT: Simplesmente de um dia para o outro deu-me diarreia... comecei a ir à casa-de-banho várias vezes... e depois ao cabo de um dia ou dois começou a vir sangue...

INV: Presença de sangue...

ENT: Yes, presença de sangue, uma espécie de "Corn Flakes" (de salientar que o senhor foi emigrantes no Canadá durante 30 anos e algumas expressões e mesmo no vocabulário tem expressões oriundas deste país norte americano), cereais. Depois fui para a minha médica, a Dr.ª "X" (procedeu à identificação da médica pela especialidade dela) e ela disse: "é melhor... vais para as urgências"... ela passou uma carta para ir às urgências, "e eles vão te examinar. É a melhor maneira de resolver isto... porque isto não está bom."

INV: Pois...

ENT: Fui para as urgências, mesmo naquele dia, fui às urgências, eles tiveram me examinando. O Dr.º "Y" fez-me o exame mesmo naquele dia aos intestinos e ao cabo de uma hora e pouco, o Dr.º "Z" veio ter comigo com os relatórios e disse-me logo que eu tinha um tumor nos intestinos e que precisava de ser operado, né?

INV: Pois.

ENT: E então...

INV: E como é que se sentiu quando o médico lhe deu essa notícia?

ENT: Quando ele me disse essa notícia... eu... não fiquei contente. Não posso dizer que fiquei contente, não é? Fiquei um pouco abatido... mas depois comecei... agente temos que vir... temos que aguentar aquilo que vem (Sorriso). E então eu disse o que é que podia ser feito? E ele disse que eu tinha que ser operado, não é?

INV: Humm.

ENT: E quais eram as condições que iam existir. E depois eu pus-lhe as minhas condições como testemunha de Jeová.

INV: Pois, pois.

ENT: Segundo as orientações que temos da Bíblia Sagrada, nós não aceitamos transfusões de sangue. A Bíblia diz que o sangue é sagrado. Para evitarmos o sangue... e então eu pus-lhe a minha posição. E então ele aí... eu comecei a ver que ele ficou com a cara diferente...

INV: Pois...

ENT: Depois, ele... fui internado. Ele já queria que eu ficasse no hospital naquele dia. E eu disse-lhe, mas eu não posso ir a casa buscar uns pijamas e...se é para ficar internado. E ele disse: "então vais e amanhã às 9 horas estás aqui para seres internado. Então foi assim... hahhh... e depois... hahhh... quando eu estava no hospital comecei... ele nunca mais me apareceu. E depois, fui então o senhor Dr.º "W" é que me veio visitar e disse que ele tinha ido de férias.

INV: Pois...

ENT: Que ele tinha ido de férias e que agora ele ia tratar da minha situação. Disse que eu ia fazer mais um exame... foi um TAC. "Vais fazer mais um exame para agente ver bem o que é que se passa contigo e como é que vamos resolver o problema". Então eu fui submetido ao exame e ao cabo de duas horas do exame ele veio ter comigo... trouxe os resultados... e então ele é que me disse abertamente...

INV: Que?...

ENT: "Tu tens um tumor no recto. Tens que ser operado e tens que ficar com um saquinho no lado da barriga para o resto da tua vida (o Sr.º J apresentou-se neste momento um pouco emocionado, deixando transparecer os olhos lacrimejantes e a voz trémula). Tá mesmo no fundo... o teu recto vai ser cozido." Isso foi novamente uma má notícia.

INV: Pois.

ENT: Mas depois... eu comecei a pedir a Deus para me ajudar e... para me fortalecer...

INV: E nessa altura em que foi confrontado com uma doença como o cancro, sentiu mais necessidade de chamar por Deus?

ENT: Hahh pois! Eu senti mais necessidade de chamar por Deus para me ajudar naquele momento.

INV: Humm.

ENT: Porque...

INV: Sentiu diferença dessa altura em que recebeu a notícia, para, por exemplo, agora?

ENT: Pois. Naquela altura eu tive que chamar por Deus por causa de Ele me ajudar, mas agora eu continuo a chamar por Ele todos os dias... eu não quero que Ele me abandone... agora também não. Para Ele nada é impossível.

INV: humm, humm.

ENT: Para ele nada é impossível. E então eu recorri a Ele... talvez várias vezes ao dia. E hoje também. (Silêncio) Eu recorria a Ele, pedia ajuda, encorajamento... e... hahhh... eu sou uma pessoa que... hahhh eu sei de pessoas que recebem uma má notícia e eles ficam a pensar naquilo, a pensar naquilo e... pensam que vão morrer... e às vezes morrem mesmo. Mas eu sou uma pessoa assim, se isto é para mim, eu tenho que fazer o melhor para levar a vida.

INV: Claro.

ENT: E o Dr.º, quando me operou, ele disse-me depois... eu saí da mesa de operação... ele concordou em operar-me sem sangue... operar-me sem sangue... e eu saí da mesa de operação rosado como eu estou aqui (Sorriso e ênfase nesta última frase).

INV: (Sorriso)

ENT: Ele disse que... o que tem é... eles tem... leva mais tempo... eles tem que ter mais cuidado. Pois eles vão cortando e vão "lacrando" as veias para... vão queimando as veias para não perder muito sangue. E ao cabo de três ou quatro dias eu estava já sem dúvida nenhuma.

INV: Humm.

ENT: E depois quando ele me deu alta... ele disse... hahhh... a mim e aos meus filhos... os meus filhos tiveram cá (vieram do Canadá). Ele disse que uma coisa que ajudou muito... que me ajudou muito (deu ênfase a esta parte) foi... hahhh... eu nunca ... foi eu não entristecer.

INV: O senhor não entristeceu com a situação?

ENT: Não, eu nunca entristeci com a situação. E também a presença dos meus filhos, da minha esposa e das pessoas que me visitavam.

INV: Foi então importante...

ENT: Foi muito importante para mim... de maneira que ... foi assim.

INV: E então, acha que, de alguma forma, Deus esteve presente?

ENT: Acho! Acho, porque eu já tenho feito exames... eu já fiz exames... mas ainda, depois disso, eu esqueci-me de dizer... o Sr.º Dr.º disse que eu tinha... o tumor que eu tirei dos intestinos tinha “botado uma semente” para o meu fígado. E já tinha um tumor no fígado, de 2cm. E que eles aqui não podiam fazer a operação aqui e que era bom eu ir ao continente.

INV: Humm, humm.

ENT: E então em pensei. Em vez de ir ao continente, eu vou ao Canadá, que eu trabalhei lá quarenta anos e eu descontei, tenho os meus seguros, e direitos a hospital, a médicos e tudo. E na cidade de Toronto eles também têm lá bons aparelhos e bons especialistas. E então o médico de cá, disse “eu acho bem”. Assim, eu telefonei para a minha filha, ela lá desenrascou, ela tem lá o médico de família e tudo, fez os arranjos. E assim foi, eu fui ao Canadá, e fui ao hospital e até depois de ser operado, eles lá... fizeram... meteram-me aqui umas agulhas (aponta com os dedos indicadores para a zona do hipogástrico direito) e... hahhh...

INV: E operaram através daquelas agulhas?

ENT: Eles usaram um líquido, e queimou lá dentro... queimou lá dentro... com lazer.

INV: Hahhh.

ENT: E queimou o tumor que estava lá. Eu fui algumas duas horas... eles tiveram que ensaiar, não é? Eles estiveram a ver aqui (abdómen) e depois também no ecrã...

INV: No ecrã...

ENT: E eles estão vendo... estiveram a ver, a ver... diziam “respira, respira... para de respirar”. E marcou tudo aqui, até puseram uns adesivos no sítio onde iam meter as agulhas. E então, ao cabo de dois dias, tornei a ir lá. E então, estiveram outra vez vendo, meteram aqui (aponta para o abdómen) as agulhas e eu senti mesmo como se tivesse um foguete lá dentro... ffsshhhhh. Senti aquela... (fez uma expressão facial de desagrado). Ao cabo de duas semanas eu fui fazer um TAC e eles deram-me os parabéns... o tumor estava queimado. Estava queimado. Agora, antes de eu vir embora deram-me os relatórios em CD para eu trazer para mostrar ao médico cá, que já os viu. E agora, antes de eu ir fazer a operação à hérnia, já lá vai um ano que foste operado, agora é preciso... ele disse “eu vou-te operar a hérnia e é preciso averiguar se existem algumas células cancerosas...” e isso pode não ser bom. Ele disse-me eu se houvessem algumas células cancerosas e fosse preciso fazer tratamento... talvez ele estivesse a falar de ser operado novamente...

mas afinal... (e baixou a cabeça. Permaneci em silêncio). E então, depois da operação ele enviou-me para uma consulta com o médico de oncologia, para fazer tratamento... este tratamento... e então, daí para cá tem sido assim, como a sr.^a enfermeira vê. Eu não sei o que pode acontecer... (fica com um semblante mais pesado, ao que a esposa interpela). O facto de estar tudo bom e derrepente voltar atrás pode acontecer... pode acontecer a qualquer um...é assim. De maneira que... como é que eu digo... as coisas acontecem...

INV: Claro, claro.

ENT: O imprevisto sobrevém e as coisas acontecem. Até agora as coisas corriam bem... eu tenho agradecido a Deus por ter guiado as mãos dos médicos...

INV: O senhor acredita na ajuda de Deus?

ENT: Pois, acredito...

INV: E essa ligação que têm com Deus, para acreditar dessa forma, neste momento essa ligação é importante?

ENT: Hahhh, com certeza, com certeza que é importante! Porque eu penso, que se não tivesse o conhecimento que tenho da Bíblia, eu penso que eu já não estava vivo.

INV: Porquê? Porque diz isso?

ENT: Porquê? Porque eu esmorecia, eu não tinha aquela confiança... não tinha aquela confiança que ... para Deus, nada é impossível para Ele.

INV: Então isso ajuda-o? Ajuda-o a agarrar-se...

ENT: Ajuda sim senhora. Ajuda-me muito... todos os dias... (sorriso)

INV: E quando o senhor recebe essa ajuda, como é que a recebe?

ENT: Hahh, quando eu recebo eu... agente deve agradecer. A Bíblia diz para agente agradecer a Deus, e pedir ... pedir aquilo que agente necessita.

INV: humm, humm.

ENT: Devemos conhecer... eu conheço a Bíblia e sei que fala de relatos de Jesus também, e Jesus de uma vez Ele curou dez! (ênfase nas últimas duas palavras) Dez leprosos e um só é que veio para trás agradecer-lhe.

INV: Pois.

ENT: E um só é que veio atrás agradecer... os outros nove... é claro que Jesus não ficou contente... ele ficou contente com aquele que veio agradecer, porque reconheceu o benefício que tinha recebido. Por isso quando agente agradece a Deus, Ele reconhece que agente sente-se contentes pelo benefício que Ele nos fez. Certamente que a senhora... se a senhora for dar um presente a alguém, e aquela pessoa nem lhe disser obrigado, como é que a senhora se sente?

INV: Pois, não vai ser bom...

ENT: Eu não me sinto bem... uma pessoa pensa “eu fiz um sacrifício para fazer um presente aquela pessoa e ela nem ao menos me agradeceu”. Como é que Deus se sente, se Ele dá tudo o que agente necessita e agente não lhe agradece?

INV: É verdade... E então diga-me, o senhor já falou da Bíblia, já falou de conversas que tem com Deus, ou orações, o que lhe quiser chamar, mas de que outras formas é que o senhor recorre á sua espiritualidade? Que outras formas é que tem para manifestar esse seu acreditar?

ENT: Hahhh, o que eu uso... agente usa a educação de Jesus, que Jesus disse, quando esteve aqui na Terra, que aquilo que agente aprende também devemos de ir falar a outras pessoas.

INV: Humm.

ENT: Para que eles também conheçam... que tenham conhecimento dos propósitos de Deus. Há muitas pessoas que não têm o conhecimento... comemos e bebemos hoje que amanhã vamos morrer. Mas a vida não é só isso... havemos de comer e beber para viver, mas também devemos reconhecer que a vida não é comer e beber porque amanhã vamos morrer. Deus tem o propósito de restabelecer o paraíso que Adão e Eva perderam... Deus tem o propósito para o recuperar! Mas Ele tem que provar primeiro que Satanás é mentiroso... Satanás deu a entender que Deus não sabia... o primeiro casal no jardim do Éden. “Não é assim, não é assim que Deus disse a vocês. Se vocês comerem do fruto proibido vocês vão ficar sabendo o que é bom e o que é mau, vocês não precisam d’ Ele para orientação.

INV: Humm, humm.

ENT: Foi isso que o Diabo queria dizer.

INV: O que está a dizer é que através do uso da palavra, da sua palavra, para ajudar as outras pessoas a compreender, é uma das formas que o senhor tem de manifestar a sua espiritualidade?

ENT: Exactamente! Exactamente! Sim senhora, e encoraja-nos muito, agente falar com outras pessoas sobre o que Jesus disse. “Ide e fazei discípulos, de pessoas de todas as nações.”

INV: Pois...

ENT: Também aproveitamos oportunidades como forma de fazer isso. Os fins-de-semana, e mesmo... eu estou formando durante a semana, agora não, mas quando sair vou voltar, se for esta a vontade de Deus. A minha esposa chegou agora há pouco de fazer isso.

INV: E o que é para si, quando vai fazer esta “demonstração da palavra”, o que é para si uma pessoa espiritual?

ENT: Existem aspectos importantes... muito bem. É importante numa pessoa

espiritual, ter estudo pessoal. Sabe o que é o estudo pessoal?

INV: Sei sim senhor.

ENT: É uma pessoa tirar tempo para se sentar, sozinho ou acompanhado, pegar na Bíblia, ler a Bíblia, ter os livros que explicam... a Bíblia é um livro intelectual. Existem uns livros que explicam a Bíblia (nesse momento a esposa abre a sua mala e retira de lá um livro de capa castanha e dá ao marido) olhe, a minha esposa tem aqui este consigo que levou para o estudo que foi fazer. Existe também um índice de publicações, que faz referência aos capítulos e versículos e indica onde posso procurar nas “Sentinelas” uma explicação mais profunda sobre aquele determinado capítulo ou versículo.

INV: O que está a tentar transmitir é que uma pessoa espiritual para si, é uma pessoa que se dedique também a fazer um estudo pessoal sobre a Bíblia?

ENT: Pois, exactamente. Normalmente são cinco horas de devoção bíblica por semana. Cinco reuniões por semana: duas ao Domingo... seguidas, um discurso público seguido por um estudo com perguntas e respostas com a Sentinela... hahhh, à segunda-feira, temos um estudo também em casas particulares, com grupos mais pequenos, com perguntas e respostas.

INV: Humm.

ENT: Na quinta-feira temos mais duas reuniões, das oito às dez da noite. Também recebendo “treinamento”, chama-se “escola teocrática” , teocrática quer dizer que “vem de cima” (sorriso).

INV: Para poder depois ensinar outras pessoas?

ENT: Para podermos então ensinar outras pessoas... já há trinta anos que agente já faz isso, não é? (e volta-se para a esposa que está do lado oposto da cama, que acena com a cabeça). Então isto é que é uma pessoa espiritual...

INV: Eu ia perguntar se se considerava uma pessoa espiritual...

ENT: Oh menina, claro que sim... já lá vão trinta anos. Eu considero-me uma pessoa espiritual, mas não me considero como sabedor de tudo.

INV: Sim, esse é outro ponto.

ENT: agente nunca acaba de aprender... a Bíblia Sagrada, costuma-se dizer, é como um poço sem fundo... tem sempre o que tirar.

INV: Ainda bem...

ENT: Tem sempre o que tirar. É importante, e é interessante senhora, a Bíblia está escrita há milhares de anos... por exemplo, Moisés foi o primeiro escritor da Bíblia, escreveu os primeiros cinco livros da Bíblia. Já há quantos milhares de anos ele escreveu?

INV: Pois foi.

ENT: E assim como os outros escritores, não é? E... tanto a Bíblia serviu naqueles dias que foi escrita, como serve hoje.

INV: Como serve nos dias de hoje...

ENT: Serve nos dias de hoje. Os conselhos que ela deu, que serviu lá para o povo naquele tempo, há milhares de anos atrás, serve hoje. As leis dos governos fazem diferença, os advogados todos os anos mudam de leis, têm que botar livros novos, coisas novas, mas a Bíblia é sempre actualizada por todo o tempo.

INV: Por todo o tempo...

ENT: Por todo o tempo... tanto serviu naqueles dias como serve hoje.

INV: E ela tem-lhe servido agora no internamento?

ENT: Exactamente! Tem-me servido aqui para que eu todos os dias faça uma caminhada espiritual para o interior e mim mesmo... eu posso ter a doença mais ruim (ênfase na palavra) do mundo, mas o que me limpa a alma e me trás alguma paz é a leitura que faço várias vezes ao dia da Bíblia.

INV: E neste internamento, como é que os enfermeiros o podem ajudar na sua caminhada espiritual?

ENT: Os enfermeiros foram excelentes. Tanto os médicos como os enfermeiros foram muito boas pessoas para mim.

INV: Humm, humm.

ENT: Foram bons para mim.

INV: E o que é ser bom, para si?

ENT: Eles conversavam comigo, respondiam às minhas questões...

INV: E tinha expectativas em relação ao internamento, tendo em conta as suas necessidades espirituais?

ENT: eu pensava nisso... é o seguinte. Quando agente começa a conhecer a pessoa, quando eu fui internado, os enfermeiros começaram a cumprimentar-me, eu comecei a conhece-los pelo nome. E se agente tem oportunidade de falar com a pessoa sobre palavras da Bíblia agente vê já a reacção da pessoa. Se a pessoa gosta de ouvir, agente continua, mas se a pessoa não gosta, se a pessoa... rejeita, e não... agente percebe que a pessoa fica mal disposta. então, quando é assim, eu não vou mais além...

INV: Hum.

ENT: Eu não vou mais além, mas aqueles que estão de boa disposição, o nosso dever é continuar a conversa.

INV: E tem tido essa abordagem perante os enfermeiros? Falou-lhes abertamente sobre a sua maneira de encarar a vida, sobre Deus?

ENT: Com alguns enfermeiros mostrei a minha opinião, o meu ponto de vista.

INV: Humm, humm.

ENT: Eles sabem que eu sou Testemunha de Jeová.

INV: Sentiu-se diferenciado em alguma situação devido à sua orientação espiritual?

ENT: Não, isso não. Principalmente o médico e os enfermeiros têm sido sempre muito atenciosos comigo.

INV: E como é que sentiu a reacção deles? Quando o senhor disse que era Testemunha de Jeová?

ENT: Hahhh, a maior parte deles... não iam ao contrário, mas respeitavam, como quem diz “são assuntos seus”.

INV: E sente-se apoiado?

ENT: Apoiado por eles (enfermeiros)?

INV: Sim.

ENT: Mas em que sentido é que acha que eles me podiam apoiar?

INV: Diga-me o senhor...

ENT: O que eu sinto é que há falta de tempo. Normalmente eles andam de um lado para o outro... a senhora está a perceber?

INV: Sim.

ENT: Às vezes uma pessoa toca na campainha e tem que esperar um pouco, porque eles andam a correr de um lado para o outro. A maior parte das vezes eles não tem oportunidade para agente falar com eles.

INV: E é importante para si que o enfermeiro disponibilize um tempo para falar consigo sobre a sua espiritualidade, sobre os seus receios...

ENT: Acho que é importante para mim... e importante para eles também.

INV: Mas agora eu falo mais centrada no senhor, como doente, com necessidades, com sentimentos e o enfermeiro como pessoa que “está de fora” daquilo que o senhor está a sentir, mas que está lá.

ENT: Eu ia ficar contente... agente sente-se contentes quando a pessoa dá atenção, quando ouve aquilo que agente esta a dizer. E às vezes tem pessoas que agente diz que “realmente será que isso vais ser assim?”

INV: Hum.

ENT: Agente fica à espera de falar, dada a esperança que a Bíblia nos dá, não é?

INV: Mas sem ser conversar com o enfermeiro sobre a Bíblia. Não sente necessidade de falar com o enfermeiro sobre mais nada?

ENT: Ohhh, eu falava com eles, em outros assuntos...

INV: O senhor está internado por causa de uma situação oncológica. Costuma falar com os enfermeiros sobre isso?

ENT: Eu falo com eles sobre isso, sobre as minhas... algum problema de saúde...

como é que eles acham que está o lugar do saquinho, se está em boas condições...

INV: humm, humm. E o facto de eles estarem aqui a conversar consigo sobre a sua situação actual, foi importante terem disponibilizado esse tempo, para conversar...

ENT: É claro que agente fica contentes, não é? Quando uma pessoa nos dá atenção... (sorriso) dá atenção ao nosso desejo de conversar e de falar.

INV: Sim...

ENT: E também é importante para outros doentes que aqui estão. Tem muita gente nova aqui com problemas grandes. Eu falo com alguns deles sobre a Bíblia... com os que querem ouvir.

INV: Acha que é importante para estas pessoas o que o senhor fala?

ENT: Eu acho que alguns ouvem, mas não acho que a pessoa... as pessoas às vezes estão a ouvir para não me serem desagradáveis... para não ser desagradável. Não é que estivessem... é porque às vezes, como é que se diz, “é preciso bater muita vez”... água mole em pedra dura, tanto bate até que fura... (Sorrisos) então, para falar com uma pessoa mais do que uma vez... fazê-los ver... e depois chega a um ponto em que a pessoa diz “mas realmente é assim”.

INV: Pois...

ENT: Porque, a senhora sabe, a pessoa às vezes já tem trinta e cinco ou quarenta anos ou cinquenta e levou uma vida inteira a ser instruído de uma maneira que não... não foi com a Bíblia. Tinha lá a sua religião, tinha lá as suas doutrinas e... depois... não é fácil uma pessoa levar trinta e cinco, ou quarenta ou cinquenta anos a ser instruído de uma maneira e depois dizer “não, isto não é assim... a bíblia não disse isso”. É preciso ir com jeito... um passo de cada vez. Por isso quando agente encontra pessoas que estão disposta a tirar um curso da Bíblia.

INV: Humm, humm.

ENT: Ou a estudar, ter um estudo da Bíblia, agente costuma a fazer uma vez por semana, três quartos de hora, ou uma hora, ou aquilo que a pessoa pode ter.

INV: Claro.

ENT: Porque, também se costuma dizer “quem come muito de uma vez só pode dar uma congestão” e até pode morrer, de maneira que é a pouco e pouco que a pessoa vai tomando conhecimento e a pouco e pouco.

INV: É de forma gradual...

ENT: Assim entra melhor.

INV: De forma a finalizar, foi importante para si este momento que estive aqui consigo?

ENT: Então não foi importante senhora! Se não fosse importante eu não tinha concordado em falar consigo (Sorriso).

INV: (Sorriso).

ENT: Isto é importante para mim, porque eu fico contente. Agente aprende na Bíblia que devemos ajudar as outras pessoas. E não é só no sentido espiritual, quer dizer, ensinar a Bíblia, mas também noutras necessidades que a pessoa precise.

INV: Humm, humm.

ENT: Então se a senhora quis falar comigo é porque precisava das informações que eu lhe pudesse transmitir, não é verdade?

INV: É sim senhor.

ENT: Portanto, eu fico contente, em ter ajudado a senhora nesse sentido. Fico muito contente em ter-lhe ajudado nesse sentido.

INV: Não sei se quer colocar alguma dúvida?

ENT: Não senhora, só tenho a agradecer.

Agradecimentos e Despedida