



Dulce Marlene Silva Pereira

**Perspetivas de Morte e Bem-Estar Espiritual em
Profissionais de Saúde que Cuidam de Doentes
Terminais**

**Tese de Mestrado apresentada para a obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Paliativos,
sob a orientação do Dr. Eduardo Carqueja**

**3º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2013**

A ESTRADA BRANCA

Atravessei contigo a minuciosa tarde
deste-me a tua mão, a vida parecia
difícil de estabelecer
acima do muro alto
folhas tremiam
ao invisível peso mais forte
Podia morrer por uma só dessas coisas
que trazemos sem que possam ser ditas:
astros cruzam-se numa velocidade que apavora
inamovíveis glaciares por fim se deslocam
e na única forma que tem de acompanhar-te
o meu coração bate

José Tolentino de Mendonça, in Estrada Branca

AGRADECIMENTOS

Estamos conscientes de que, a realização do trabalho de investigação que aqui é apresentado seria difícil, ou até mesmo impossível, sem a colaboração, empenho e generosidade daqueles que de algum modo, contribuíram e nos forneceram o estímulo que necessitávamos para percorrer este caminho e levar a bom termo o aprofundamento do tema em estudo. Gostaríamos portanto de deixar aqui, algumas palavras que declaram o nosso agradecimento.

Expressamos o nosso apreço e gratidão, ao Dr. Eduardo Carqueja, pela orientação, com que honrou este trabalho ao longo seu desenvolvimento.

Expomos a nossa estima e consideração aos profissionais de saúde, que disponibilizaram o seu tempo e colaboraram no estudo, e sem os quais não teria sido possível a realização do mesmo.

Agradecemos ainda aos amigos e colegas de profissão pela compreensão e perseverança nos momentos difíceis.

Deixamos também aqui um agradecimento muito especial aos nossos Pais, alicerces de todas as horas.

Naturalmente não poderíamos deixar de mencionar os doentes que cuidamos, que nos ensinam a valorizar e amar a vida, dando contributos fundamentais para melhorarmos enquanto pessoas e profissionais de saúde.

Por último agradecemos e dedicamos a nossa tese à nossa Avó, figura basilar da nossa vida, nela encontramos o maior modelo humanista que cruzou a nossa existência, iluminando-a e demonstrando que “*estar disposto a servir de bálsamo para todas as feridas*”¹, mais do que uma experiência de compaixão ou de bondade, é um imperativo ético, já que o lugar de cada um de nós é o Outro, e em última instância somos todos responsáveis uns pelos outros!

A TODOS O NOSSO MUITO OBRIGADO!

¹ Hillesum, Etty (2011): *Uma Vida Transformada*, Edições Paulinas, p.223

RESUMO

Introdução: O fim da vida é, sem dúvida a fase mais desafiadora da vida, no sentido em que destapa o véu da vulnerabilidade humana. Os profissionais de saúde devem assumir-se como ser-para-o-outro que está a morrer, através da excelência do cuidar. Neste contexto, estão expostos frequentemente à finitude do outro e nesta atmosfera compreender o sofrimento e o fim daquele que está a morrer, é compreender o seu próprio sofrimento, a sua finitude e o seu sentido de vida enquanto profissionais e pessoas humanas. A morte é intrínseca à condição humana. Sendo um tema controverso, suscita em todos nós diversas perspectivas, atitudes e comportamentos. Por outro lado a espiritualidade é uma dimensão da experiência humana que pode exercer influência na forma com encaramos a vida e a morte.

Com este trabalho procuramos aprofundar os conhecimentos sobre as perspetivas de morte e sobre a espiritualidade, dando especial relevo ao conceito de bem-estar espiritual, em profissionais que cuidam de doentes terminais.

Objetivos: Analisar as diferentes perspetivas de morte num grupo de profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais em função do género, grupo profissional, experiência profissional e formação em cuidados paliativos; Analisar os níveis de Bem-Estar Espiritual num grupo de profissionais que cuidam de doentes terminais em função do género, grupo profissional, experiência profissional e formação em cuidados paliativos; Analisar a correlação entre as diferentes perspetivas de morte e os níveis de BEE num grupo de profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais.

Métodos e Materiais: Estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório, descritivo e correlacional. Utilizou-se um questionário Sócio-Demográfico e foram aplicadas as versões portuguesas das Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas de Morte (Spilka e col., 1977 e do Questionário de Bem- Estar Espiritual (Gomez & Fisher, 2003). A amostra foi constituída por 70 profissionais de saúde que cuidavam de doentes terminais. Os dados foram analisados pelo programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences, versão 19 para o Windows.

Resultados e Conclusões: No que respeita às perspetivas de morte, os resultados médios obtidos, na análise descritiva, revelaram que a perspetiva de Coragem obteve resultados médios superiores, quando comparada com as restantes perspetivas, seguida da perspetiva Desconhecido e Fim Natural. Sendo que as perspetivas Dor e Solidão e Indiferença, as que obtiveram os resultados médios mais baixos da amostra total em estudo. No que concerne à variável do género dos participantes verificamos que não existiam diferenças estatisticamente relevantes entre as

perspetivas dos homens e das mulheres. Relativamente à comparação entre os vários grupos profissionais no que respeita às suas perspetivas de morte verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos quatro grupos profissionais na perspetiva de fracasso e de abandono. Quando comparados com outras profissões, são os psicólogos que apresentam resultados médios superiores na perspetiva de fracasso e de abandono. Quanto à experiência profissional os resultados médios da nossa amostra nas diferentes escalas de perspetivas de morte demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de baixo, moderado e elevado tempo de exercício profissional.

No que respeita à formação em cuidados paliativos, verificou-se que os indivíduos com formação específica nesta área obtiveram resultados médios inferiores na perspetiva de abandono em comparação com aqueles que não tiveram formação. Também se conclui que os sujeitos que nunca tiveram formação específica em CP apresentaram resultados médios superiores na perspetiva de morte como fracasso, comparativamente àqueles que tiveram formação.

Analisando o Bem-estar Espiritual da amostra verificou-se que os resultados mostraram que a escala comunitária, obteve resultados médios superiores quando comparada com as outras escalas, seguida da escala pessoal, ambiental e por fim a escala transcendental. No que concerne à variável do género dos participantes verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres para as escalas de Bem-Estar Espiritual. Para a amostra em estudo a variável profissão não influencia os resultados médios obtidos nas diferentes escalas de Bem-Estar. O mesmo se pode dizer relativamente ao tempo de exercício de profissão. Quanto à formação específica em cuidados paliativos, verificou-se que sujeitos com formação nesta área obtiveram resultados médios superiores na escala Pessoal quando comparados com os sujeitos que não obtiveram. Os resultados revelaram também que sujeitos que nunca obtiveram formação em cuidados paliativos apresentam resultados médios inferiores na escala Comunitária quando comparados com aqueles que obtiveram esta formação. O mesmo se passa relativamente à escala ambiental. Por fim, a escala transcendente não apresenta diferenças entre sujeitos com/sem formação em CP.

Quando analisamos as relações existentes entre as perspetivas de morte e o bem-estar espiritual os resultados revelam que a perspetiva de morte como fracasso e como abandono estão correlacionadas de forma negativa com o bem-estar espiritual. As perspetivas de morte como coragem e com fim natural correlacionam-se positivamente com o bem-estar espiritual.

Palavras-Chave: Perspetivas de Morte, Bem-Estar Espiritual, Profissionais de Saúde, Doente Terminal, Cuidados Paliativos

ABSTRACT

Introduction: The end of life is arguably the most challenging phase of life, in the sense that uncovers the veil of human vulnerability. Health professionals should be assumed as being-for-the-other who is dying, through excellence of care. In this context, are often exposed to the finiteness of the other and it is in this atmosphere to understand the suffering and finitude of the other is to understand his own suffering, his finitude and his sense of life as professionals and human beings. Death is intrinsic part of the human condition. Being a controversial topic, arouses in all of us different perspectives, attitudes and behaviors. On the other hand spirituality is a dimension of human experience that can influence the way we look at life and death.

With this work we seek to further our understanding of the perspectives on death and spirituality, with particular reference to the concept of spiritual well-being in professionals who care for terminally ill patients.

Objectives: To analyze the different perspectives on death in a group of health professionals who care for terminally ill patients according to gender, occupational group, professional experience and training in palliative care; to analyze the levels of Spiritual Well-Being in a group of professionals who care for terminally ill according to gender, occupational group, professional experience and training in palliative care; to analyze the correlation between the different perspectives of death and spiritual well being levels in a group of health professionals who care for terminally ill patients.

Methods and Materials: Quantitative study, exploratory, descriptive and correlational. We used a Socio-Demographic questionnaire and the Portuguese versions of the Brief Scales of Perspectives on Death (Spilka et al., 1977) and the Questionnaire of Spiritual Well Being (Gomez & Fisher, 2003).

The sample consisted of 70 health professionals caring for terminally ill patients. Data were analyzed by statistical program Statistical Package for the Social Sciences, version 19 for Windows.

Results and Conclusions: Regarding the perspectives on death, the results shows that the perspective of Courage obtained above average results when compared with other perspectives, then the unknown perspective and death as a natural end. The perspective on death as pain and solitude and indifference, obtained the lowest average scores of the total sample under study.

About the variable of gender of the participants, we found that there were no statistically

significant differences between the perspectives of men and women. Regarding the comparison between perspectives on death, in different professional groups, it was found that there were statistically significant differences in the results obtained by the four professional groups in the perspective of failure and abandonment. When compared with other professions, are psychologists who have average results in higher perspective of failure and abandonment. As for the professional experience the average scores of our sample in different scales perspectives on death showed no statistically significant differences between groups of low moderate and high exercise time professional.

Looking to education in palliative care, we found that individuals with specific education in this area had lower average scores in perspective on death *as* abandonment compared with those who had no education. It also concludes that the subjects who never had specific education in palliative care showed average results in higher perspective on death as failure, compared to those who had training.

Analyzing the Spiritual Well-Being of the sample, the results showed that the Community level, obtained above average results when compared to the other scales, then the personal scale, environmental and finally the scale Transcendental. Regarding the variable of gender of participants it appears that there are no statistically significant differences between men and women for scales of Spiritual Well Being. The variable profession does not influence the average results obtained in different scales of spiritual well being. The same can be said regarding the professional experience.

As for specific education in palliative care, the study showed that subjects with training in this area had higher average scores on the Personnel scale compared with the subjects who did not obtain . The results also revealed that subjects who never had education in palliative care have lower average scores on the Community scale when compared with those who had this training. The same applies to the environmental scale. Finally, the transcendental scale shows no differences between subjects with / without education in palliative care.

When we analyzed the relationship between the perspectives on death and spiritual well being, the results showed that the perspective on death as failure and abandonment are correlated negatively with the spiritual well-being. The perspectives on death as a natural end and as courage are correlated positively with the spiritual well-being.

Keywords: Perspectives on Death, Spiritual Well Being, Health Professionals, Terminal Illness Patients, Palliative Care

ABREVIATURAS E SIGLAS

BEE – Bem-estar Espiritual

BEE-Q- Bem-estar Espiritual questionário

CP – Cuidados Paliativos

EBPM- Escalas Breves de Perspetivas sobre Morte

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

NICA - National Interfaith Coalition on Aging

OMS – Organização Mundial de Saúde

PÁG. - Página

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SWBQ - Spiritual Well-Being Questionnaire

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	Pág. 17
I PARTE	
1. A MORTE: UMA ETAPA DA VIDA – Conceptualização Histórica e Filosófica.....	Pág. 22
1.1.A Morte como uma Etapa Integrante da Vida.....	Pág.22
1.2.Abordagem Filosófica do Conceito de Morte.....	Pág.23
1.3.Percurso Histórico do Conceito de Morte ao Longo dos Tempos.....	Pág.27
1.4. Os Cuidados Paliativos e a Reconfiguração de uma Nova Atitude perante a Morte.....	Pág.32
2.ESPIRITUALIDADE E O BEM-ESTAR ESPIRITUAL.....	Pág.34
2.1. A Espiritualidade como Dimensão Humana.....	Pág.34
2.2. O Bem-Estar Espiritual.....	Pág.38
3. O CUIDADO AO DOENTE TERMINAL E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS	Pág.44
3.1. Cuidar do Doente Terminal.....	Pág.44
3.2.O Doente Terminal.....	Pág.46
3.3A Importância dos Cuidados Paliativos.....	Pág.48
4. PROFISSIONAIS QUE CUIDAM DE DOENTES TERMINAIS: UMA EXPERIÊNCIA ENTRE A VIDA E A MORTE.....	Pág.54
4.1. Os Profissionais de Saúde e o Desafio de Cuidar de Doentes Terminais.....	Pág.54
4.2. Os Profissionais de Saúde e a Morte.....	Pág.56
4.3. Os Profissionais de Saúde, a Vivência da Espiritualidade e o Bem-Estar Espiritual	Pág.60
II PARTE	
5. METODOLOGIA.....	Pág.66
5.1. Questões de Investigação, Objetivos e Hipóteses.....	Pág.66
5.2. Tipo de Estudo.....	Pág.70
5.3 População e Amostra.....	Pág.70
5.4. Recolha de Dados.....	Pág.71
5.4.1. Instrumentos Utilizados na Recolha de Dados.....	Pág.72

6. ANÁLISE DOS DADOS.....	Pág.75
6.1. Procedimentos.....	Pág.75
6.2. Resultados.....	Pág.76

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	Pág.86
7.1 Perspetivas de Morte dos Profissionais que cuidam de Doentes Terminais.....	Pág.87
7.2. O Bem- Estar Espiritual em Profissionais que cuidam de Doentes Terminais.....	Pág.91
7.3. Relação existente entre Perspetivas de Morte e Bem-Estar Espiritual	Pág.94

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	Pág.95
------------------------------	--------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág.98
---------------------------------	--------

ANEXOS:

I – Questionário para Profissionais de Saúde

II – Autorização para a aplicação da versão portuguesa das Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas de Morte

III – Autorização para a aplicação da versão portuguesa do Questionário de Bem – Estar Espiritual

LISTA DE QUADROS:

Quadro I - Itens que integram os domínios do Bem-Estar Espiritual.....**Pág.40**

Quadro II – Características sociodemográficas para a amostra populacional.....**Pág.75**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Descritiva das Escalas Breves de Perspetivas de Morte.....	Pág.77
Tabela 2 - Correlação entre perspetivas das EBPM.....	Pág.77
Tabela 3 – Comparação entre perspetivas do EBPM para a variável género.....	Pág.78
Tabela 4 - Análise Descritiva dos resultados médios obtidos nas escalas de perspetivas de morte para as profissões.....	Pág.79
Tabela 5 – Relação entre as pontuações médias obtidas nas perspetivas de morte no grupo de profissões.....	Pág.79
Tabela 6 – Análise Descritiva dos resultados médios obtidos nas perspetivas de morte e Tempo de exercício da profissão.....	Pág.80
Tabela 7 – Comparação entre pontuações nas perspetivas de morte nos grupos de Tempo de Exercício da profissão Baixo (n=40), moderado (n=20) e elevado (n=10): ANOVA.....	Pág.80
Tabela 8 – Comparação de resultados médios nas escalas de perspetivas de morte e a formação em cuidados paliativos.....	Pág.81
Tabela 9 – Análise Descritiva das escalas do Questionário de Bem-Estar Espiritual (BEE-Q).....	Pág.82
Tabela 10 – Comparação entre escalas do BEE-Q para a variável género.....	Pág.82
Tabela 11 – Relação entre as pontuações médias obtidas nas escalas de Bem-Estar Espiritual para as profissões que cuidam e fim de vida.....	Pág.83
Tabela 12 – Comparação entre pontuações médias nas escalas de Bem-Estar Espiritual nos grupos de Tempo de Exercício da profissão Baixo (n=40), moderado (n=20) e elevado (n=10): ANOVA.....	Pág.83
Tabela 13 - Comparação de resultados médios nas escalas de Bem-Estar Espiritual e a formação em cuidados paliativos.....	Pág.84
Tabela 14 -Correlação entre perspetivas de Morte e Escalas de Bem- Estar Espiritual.....	Pág.84

0 - INTRODUÇÃO

O trabalho resultante da nossa tese mestrado pretendeu ser antes de tudo o resto, uma oportunidade de reflexão profunda sobre questões que como pessoa e como profissional de saúde nos têm acompanhado. Desta forma, a problemática da morte sempre nos suscitou interesse e inquietação. O fenómeno da morte humana tem necessariamente uma dimensão trágica associada. Na nossa experiência profissional testemunhamos com regularidade esta condição. No entanto foi sempre nossa convicção, que como profissionais temos a obrigação de prestar cuidados humanizados que confirmam dignidade à morte do outro. Recentemente a doença oncológica bateu-nos à porta. Foi um momento de crise na nossa vida mas simultaneamente de profunda descoberta sobre a nossa vulnerabilidade e sobre a nossa força interior. Compreender o sentido da morte e o sentido da vida, trata-se no fundo de inteirar-nos sobre o “*problema da habitação*”, nas belíssimas palavras de Ruy Belo², que constituem o ponto de partida das relações que o ser humano, na sua presença efémera no mundo, estabelece consigo, com os outros, com as circunstâncias que o rodeiam e com o transcendente.

Os progressos científicos que caracterizaram as últimas décadas, no que concerne ao domínio da medicina, contribuíram naturalmente para novas formas de prevenção e diagnóstico de doenças, e proporcionaram também tratamentos cada vez mais eficazes. As pessoas na atualidade demoram mais tempo a morrer.

A alteração dos papéis familiares, a impreparação e falta apoio das famílias bem como a recusa social em aceitar a morte, destituiu a família de cuidadora principal, assumindo as instituições hospitalares esta função. Tal facto fez com que a morte deixasse de ser vivida como um carácter íntimo, sereno e no seio da família; e fosse encarada como um fenómeno técnico onde a prioridade é o prolongamento da doença e o adiar da morte.

No entanto, tentando contrariar práticas como a futilidade terapêutica, a desumanização em contexto hospitalar, a conspiração do silêncio, o abandono e desacreditação dos doentes incuráveis, o doente como única pessoa a cuidar, a hegemonia da prática médica, a negação da morte na sociedade, bem com a dor e práticas de eutanásia, surgiu o movimento dos Cuidados Paliativos.³

² BELO, R (2013) – *O Problema da Habitação*. Lisboa, Assírio e Alvim

³ BARBOSA, A. & NETO, I. (2010). Manual de cuidados paliativos (2ª ed.). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Assim, o fenómeno morte e o modo como ele é encarado e vivenciado, contínua a suscitar grande interesse científico.

Para os profissionais de saúde que cuidam de doentes em fase terminal e lidam diretamente com a morte é grande a exigência no que respeita às habilidades e competências. Por outro lado também não podemos esquecer que os estes profissionais como seres sociais e culturais, não estão livres da influência da sociedade e dos valores que foram assimilando no curso das suas vidas.

Desta forma, consideramos que a experiência limite de acompanhar aqueles que estão a morrer exige um conhecimento interior, que permita enfrentar estas questões com serenidade e bem-estar. Assim, o fim da vida pode ser perspectivado presumivelmente como a fase mais difícil da experiência vital, mas também pode ser a mais significativa, dando esperança realista para aqueles que estão a viver com uma doença incurável, assim como para todos nós, que inevitavelmente, teremos de enfrentar a mortalidade no futuro.

A espiritualidade constitui-se como uma dimensão cujo conhecimento está em crescente florescimento, uma vez que se assiste atualmente a uma maior preocupação do seu desenvolvimento quer a nível pessoal quer a nível profissional de modo a proporcionar um maior bem-estar.

No atual contexto verificamos um maior incremento das investigações que estudam as conexões entre o corpo e a mente, o que deixa transparecer uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde. Nesta óptica emerge uma abordagem holística em que as necessidades espirituais são parte integrante a par das necessidades físicas, psicológicas e sociais. Apesar da relação entre espiritualidade e saúde estar já evidenciada na investigação, existe um longo caminho a percorrer.

Desta forma, a espiritualidade é uma dimensão fulcral do Homem, que em conjunto com as dimensões biológica, intelectual, emocional e social, constituem aquilo que determina a sua singularidade como pessoa.⁴

Consideramos pois, que a espiritualidade é uma dimensão indispensável da vida humana, que acompanha a pessoa desde o nascimento até à morte, e que segundo Bolander se traduz como um princípio vital podendo ser definido como consciência do transcendente.

⁴ PINTO, C ; RIBEIRO, José Luis (2007) - *Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde*, pp.47-53 Acedido a 22.04.13 Disponível em : <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>

A presente investigação pretende aprofundar as diferentes perspectivas de morte dos profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais e ainda dar especial enfoque à espiritualidade destes profissionais, nomeadamente no que concerne ao constructo de bem-estar espiritual. Este interesse adveio da percepção pessoal que tínhamos de que o modo como cada profissional perspetiva a morte pode afetar a relação que estabelece com os doentes, os seus pares e consigo próprio. Por outro lado a vivência da espiritualidade por parte dos profissionais de saúde pode ser impactante na forma como este encaram e perspetivam a morte.

Neste sentido foram sendo progressivamente definidos objetivos, que simplificando podemos a reduzir aos que se seguem:

- Analisar as diferentes perspetivas de morte em profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais;
- Analisar o bem-estar espiritual em profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais;
- Compreender de que forma é que se correlacionam as perspetivas de morte e o bem-estar espiritual nestes profissionais.

Optámos pela realização de um estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo correlacional.

Para a revisão do estado da arte realizamos pesquisas em bibliotecas, em livros específicos das áreas e ainda nas bases digitais do Pubmed, Ebsco, Scielo, Google Académico, bem como nos repositórios das Universidades do Porto, Coimbra, Lisboa, Minho, ISPA e Universidade Católica Portuguesa. Foi nossa intenção selecionar a bibliografia mais atual e pertinente, fazendo uma leitura crítica e procurando compilar o conhecimento existente.

No que respeita à colheita de dados elaborou-se um questionário constituído por algumas questões sociodemográficas, pelas Escalas Breves de Perspectivas da Morte, na versão traduzida por Félix e Barros (2004) e o Questionário do Bem- Estar Espiritual, na versão traduzida por Gouveia (2003). A informação recolhida foi analisada através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19 para o Windows.

Assim, dividimos o nosso trabalho em duas partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico e pretende conceptualizar a temática em estudo, sendo constituída por quatro capítulos. O primeiro capítulo visa compreender o conceito da morte do ponto de vista filosófico e histórico. No segundo capítulo abordamos a espiritualidade como dimensão humana dando especial enfoque ao constructo do bem-estar espiritual. O terceiro capítulo dá especial relevo ao cuidar do doente terminal e por fim o quarto capítulo teoriza especificamente sobre os profissionais que cuidam de doentes terminais.

Na segunda parte desenvolvemos a metodologia utilizada. Neste sentido, num primeiro capítulo, iremos proceder ao enquadramento metodológico, onde abordaremos a problemática, objetivos e hipóteses do estudo, a metodologia escolhida, as técnicas de recolha de dados e o tratamento de dados; num segundo capítulo, exporemos os resultados e a sua análise. Para finalizar teceremos as nossas considerações finais.

PARTE I

1. A MORTE: UMA ETAPA DA VIDA – Concetualização Filosófica e Histórica

1.1. A Morte como uma Etapa Integrante da Vida

O assunto objeto da nossa reflexão neste primeiro capítulo, é a morte, o seu enquadramento filosófico e histórico, destacando as atitudes que têm sido suscitadas na sociedade ocidental desde a Idade Média até aos nossos dias.

Conhecemos a nossa morte através da morte dos outros. Refere Anselmo Borges que “ *ninguém sabe o que é morrer. Ainda nenhum de nós, felizmente, morreu, e os mortos, esses, não falam. (...) A morte escapa a todas as categorias.*”⁵ Tal fato por si só torna a questão de difícil abordagem e envolve-a em grande complexidade.

Todos os seres vivos comungam do mesmo ciclo vital: nascem, crescem, envelhecem e morrem. Contudo, o homem é o único ser vivo com capacidades de representar com antecipação a interrupção da sua existência, o que lhe permite poder pensar a vida em função deste limite. Ao longo do tempo a temática da morte tem sido objeto de diferentes reflexões e inquietações.

Em busca de compreensão para a morte, edificaram-se respostas sob a forma de mitos e religiões, doutrinas filosóficas, abordagens científicas, obras de arte e de literatura, cuja finalidade parece ser essencialmente a de descobrir um sentido para a inevitabilidade da morte e favorecer a sua aceitação.⁶

Tal como afirma Ferraz Gonçalves “ *os homens sabem que a sua morte é inexorável. No entanto, tomam-na como uma realidade longínqua, sem data marcada, como algo de vago que talvez só aconteça aos outros. Por outro lado, a morte atemoriza-nos e geralmente não a desejamos. Na realidade sempre houve o desejo da imortalidade e sempre houve sistemas que ajudaram as pessoas a conviver com a sua finitude.*”⁷

A perspetiva dos significados que a vida e a morte assumem no quotidiano de qualquer indivíduo, está regulada pelas práticas sociais partilhadas e aceites.

⁵ BORGES, Anselmo (1993) – A Morte Humana na Sociedade Actual. In MARQUES, Vasconcellos [et. al.] – *Colóquio Sobre Eutanásia*. Lisboa: Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, p.234

⁶ OLIVEIRA, Abílio; AMANCIO, Lúcia (1998) – Pertences sociais e formas de percepção e representação social da morte. Lisboa: Psicologia, Vol. XII, nº1, p.115-137.

⁷ GONÇALVES, José (2006) – *A Boa Morte: Ética no final da vida*. Porto. Tese de Mestrado em Bioética, p.7 .Consultado a 15.09.12 Disponível em:

[Http://repositório-aberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20Fim%20da%20Vida.pdf](http://repositório-aberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20Fim%20da%20Vida.pdf)

Não obstante, o conhecimento que temos sobre esta temática e das questões filosóficas e ontológicas por ela suscitadas que acompanham o homem desde tempos antiquíssimos, a nossa relação com a morte foi sendo divergente e mutável ao longo dos séculos. Tal como afirma Teresa Andrade, “*o lugar da morte não tem sido simples nem estável, quando retrocedemos na História da Humanidade que fomos.*”⁸

Segue-se então a apresentação duma análise filosófica e histórica sobre as perspetivas da morte ao longo dos tempos.

1.2. Abordagem Filosófica do Conceito de Morte

Consideramos necessário, no percurso reflexivo que este trabalho exige, ter em consideração um olhar pela história da filosofia, destacando alguns autores cujas obras deram um enfoque especial ao tema da morte.

Concordamos com Reimão, quando afirma “*o pensamento em torno da questão do homem tem necessariamente de colocar, de modo explícito, a problemática da morte, associada à questão do não-ser e da urgência de, a partir dela, ser conferido um sentido à existência humana. A questão do sentido da morte coincide com a questão do sentido da vida.*”⁹

A filosofia sempre se debruçou sobre as questões ligadas à morte. Citando Barros de Oliveira “*tudo na natureza nos fala da dialética frágil entre a vida e a morte, como tese e antítese, em busca de uma nova síntese: “o dia e a noite, a semente que renasce após a morte, a Primavera-Verão que dá lugar ao Outono-Inverno, a flor que hoje é bela e amanhã fenece, a onda que vem e que morre na praia, a palavra que se apaga para outra poder ser ouvida, a criança que vai morrendo em nós para dar lugar ao adulto...*”¹⁰

Porque morremos? Para onde vamos após a morte? A morte será o fim? São apenas alguns exemplos de indagações legítimas, inerentes a esta temática. Savater, afirma que dar-se conta que os outros morrem, que aquelas pessoas que nos rodeiam um dia deixarão de existir, causa uma estranha e terrível sensação, no entanto ainda mais espantosa é a constatação da própria morte. No livro as Perguntas da Vida, afirma “*(...) é exatamente a certeza da morte que faz a vida – a minha vida, única e*

⁸ ANDRADE, Teresa (2007) – Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais da saúde. Lisboa. Tese de Doutoramento em Psicologia, p.16 Consultado a 09-09-12, Disponível em:

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/975/1/16424_Tese_Teresa_Andrade_versfinal.pdf

⁹ REIMÃO, Sofia (2010)– *A questão da medicina e a morte como questão em Hans-Georg Gadamer*. Lisboa, Universidade Católica Editora, p.18

¹⁰ OLIVEIRA DE BARROS, José – *Filosofia da educação e pedagogia da morte*. p. 476 Acedido em 22.01.2013, Disponível em : <http://ler.lettras.up.pt/uploads/ficheiros/6233.pdf>

*irrepetível – algo tão mortalmente importante para mim. Todas as tarefas e empenhos da nossa vida são formas de resistência diante da morte que sabemos inevitável. É a consciência da morte que torna a vida num assunto muito sério para cada um, algo que deve ser pensado.”*¹¹

Deste modo ao percorrer a história da filosofia verificamos que foram vários os filósofos, que se debruçaram em reflexões sobre a morte, desde os autores clássicos como Platão e Aristóteles até aos autores contemporâneos como Jean- Paul Sartre, Heidegger, Levinas, Gadamer entre outros.

Platão defendia que a vida humana nascia do seu encontro com o corpo e a morte correspondia à sua separação. A morte para este filósofo revela-se como uma libertação da prisão corporal. O corpo não é mais do que um local de passagem, para o acesso à imortalidade da alma.

Aristóteles, por seu turno vê o homem no seu conjunto como um ser mortal, composto por matéria e forma. Neste sentido, o pensamento aristotélico põe em questão a imortalidade da alma, já que as possibilidades desta sobreviver à morte do corpo são exíguas porque se perde o seu suporte físico. Com a morte deixa de existir corpo e alma, permanecendo apenas o cadáver.

No século VIII, Kant admite a imortalidade e a vida futura. A Kant segue-se Hegel que tenta integrar a morte na razão, tentando compreender a sua funcionalidade.

A partir da segunda metade do século XIX, dá-se uma espécie de “crise da morte” que advém da introdução do conceito de angústia na morte, com Kierkegaard, ao relacionar a noção de pecado com a morte.

Dentro das correntes filosóficas contemporâneas, destacamos a corrente existencialista, uma vez que os estudos que daqui derivaram, deram grande destaque à temática em estudo.

Aqui podemos incluir o pensamento de Jean- Paul Sartre, para quem a morte é um absurdo, já que implica a destruição de todas as possibilidades do ser humano. Nesta linha de pensamento a morte nunca é o que dá o sentido à vida, é por ventura o que lhe retira todo o significado. Moura citando o autor refere “ *se devemos morrer, a nossa vida não tem sentido, pois os seus problemas não recebem nenhuma solução e o próprio significado dos problemas permanece indeterminado.*”¹²

Distinguímos ainda o pensamento filosófico de Martin Heidegger. Das suas obras assinalamos, *Ser e Tempo*, publicada em 1927, em que o autor aborda a problemática da morte. A reflexão heideggeriana

¹¹ SAVATER, Fernando (2000) – *As perguntas da vida*. Lisboa. Publicações Dom Quixote

¹² MOURA, Conceição (2011) – *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Lisboa. Editora Coisas de Ler, p. 25

sobre morte revela que esta não é um processo apenas biológico. Para o filósofo, o ser humano é um ser-no-mundo, um poder-ser, que vive o presente e simultaneamente se lança no futuro. Contudo, é também um ser-para-a-morte, um ser projectado para o fim, que vai morrendo enquanto existe. Assim, a morte configura-se como uma iminência, uma possibilidade sempre presente.

Moura focaliza as palavras do filósofo “ *ser-para-a-morte em sentido próprio não pode escapar da possibilidade mais própria e irremissível e, nessa fuga encobri-la e adulterar o seu sentido em favor da compreensão do impessoal. O projeto existencial de um-ser-para-a-morte em sentido próprio deve, portanto, elaborar os momentos desse ser que o constituem como compressão da morte, no sentido de um ser para a possibilidade caracterizada, que não foge e nem encobre.*”¹³

Gostaríamos também de apresentar as concepções filosóficas de Emanuel Levinas. Indaga o autor “*mas, o que se abre com a morte, será nada ou desconhecido? Estar às portas da morte reduzir-se-á ao dilema ontológico ser-nada?*”¹⁴

Para Levinas, a morte representa passagem do ser ao *já-não-ser* e simultaneamente é partida, falecimento.

A certeza da morte é-nos fornecida pela estrutura da temporalidade da existência e representa a rutura radical como os outros, com o mundo, com a história. No entanto a morte, “ *permanecendo embora fim e aniquilação do indivíduo, interpretando-se como uma necessidade inelutável, não é a origem de todo o sentido e de todo o não-sentido*”.¹⁵

Por isso ter consciência da morte, tem inerente inevitavelmente a questão do sentido último da totalidade da existência.

Questiona o filósofo “ *poderá a relação com a morte, o modo como a morte atinge a nossa vida, o seu impacto na duração do tempo que vivemos, a sua irrupção no tempo - ou a sua erupção fora do tempo -, pressentidas no temor ou na angústia, ser ainda assimilada a um saber e, portanto, a uma experiência, a uma revelação?*”¹⁶

Perscrutando o seu pensamento, compreendemos que a nossa relação com a morte, a forma como a morte atinge a nossa vida, a duração do tempo que vivemos não é redutível a um conhecimento. A nossa relação com a morte não se fecha em termos cognitivos.

A morte traduz-se assim como imprevisível, uma vez que, não aparece num horizonte que possibilite fazer dela um objeto de conhecimento e inexorável porque o ser humano enquanto ser mortal, vive na iminência da morte. Contudo, esta certeza não resulta de um conhecimento próprio, mas da experiência da morte do outro.

¹³ MOURA, Conceição (2011) – *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Lisboa, Editora Coisas de Ler. p. 53

¹⁴ LEVINAS, Emmanuel (2012) – *Deus, a Morte e o Tempo*. Lisboa. Edições 70, pp. 36-37

¹⁵ LEVINAS, Emmanuel (2012) – *Deus, a Morte e o Tempo*. Lisboa. Edições 70, p. 111

¹⁶ LEVINAS, Emmanuel (2012) – *Deus, a Morte e o Tempo*. Lisboa. Edições 70, p. 38

O nosso percurso filosófico termina com o pensamento de Hans-Georg Gadamer sobre a problemática da morte. Em distintas partes da sua obra, apresenta a experiência de morte como algo que é inerente a todas as posturas filosóficas ou outras, deixando uma marca indelével da sua passagem. Desta forma, a história, a cultura, o tempo em que vivemos, o modo como vivemos e olhamos para a vida, a nossa postura perante a espiritualidade contextualizam e influenciam a forma como se vive e acompanha a morte de alguém. Existe um elemento comum na visão da morte: os homens não podem, nem querem admitir o “não-ser-mais” da pessoa que morre, é incompreensível que a consciência humana tenha fim. A morte revela-se então como algo sempre presente ao longo da vida, mas também objeto de negação, na tentativa de ser minimizada enquanto se vive.¹⁷

Para este filósofo, é o recolhimento, a tensão e a inospitalidade que esta experiência provoca, que nos distingue verdadeiramente como seres humanos. Num artigo dedicado a obra de Gadamer, Graça reflete “*por muito que se funcionalize o acontecimento, por muito que se afaste a hora da morte alheia, das nossas horas de vida, seja através de biombo, de anestésicos ou de lugares vazios de referências, rebenta sempre o momento em que o esquecimento se faz lembrança. Perante a situação de facto, assoma à consciência, de uma forma irreprimível, a nossa incapacidade de re-ligar os dois extremos, o derradeiro ao primeiro momento, ou numa outra imagem a impotência para desvira o último momento da vida do precipício da não-vida.*”¹⁸

No entanto, meditar sobre a experiência da morte ou pelo contrário evitar essa meditação, deverá ser compreendida como uma celebração do milagre da vida, uma vez que pensar filosoficamente ou não querer pensar evidencia vontade de viver, certeza de que existe um devir e ignorância da morte. A angústia gerada perante tal situação, e que caracteriza toda a vivência humana, é a vida como interesse, como não displicência que se contrapõe à indiferença da não-vida. Significa combater o nada, continuando a ser.¹⁹

Por fim concluímos, referenciando Reimão que nos elucida “*vida e morte são realidades filosóficas por antonomásia, onde se evidencia uma antropologia da “desproporção”. O homem como centro de perspectiva, interroga-se; a consciência de si é inseparável do questionamento sobre si.*

A morte tal como a vida, são momentos sagrados devido à sua complexidade e profundidade; é, por isso imprescindível cuidar de quem está a morrer com profunda humanidade, encarando o moribundo como uma pessoa, encontrando um espaço para a Transcendência. A morte situa-se na charneira bioantropológica. É efetivamente, na morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.”²⁰

¹⁷ GADAMER, Hans-Georg – *O mistério da saúde (1997) – O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70

¹⁸ GRAÇA, José Augusto C. Ribeiro (1997) – *Ainda há mistérios*. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Segunda Série, nº 14, p.253

¹⁹ GRAÇA, José Augusto C. Ribeiro (1997) – *Ainda há mistérios*. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Segunda Série, nº 14, p. 251-259

²⁰ REIMÃO, Sofia (2010) – *A questão da medicina e a morte como questão em Hans-Georg Gadamer*. Lisboa. Universidade Católica Editora, p.21

1.3 Percurso Histórico do Conceito de Morte ao Longo dos Tempos

A representação da morte, adota um significado diferente, junto dos modos de analisar a realidade quotidiana, apoiada num conhecimento construído a partir de experiências individuais, das informações, dos modelos, dos valores que cada indivíduo adquire e transmite. Neste sentido, a morte manifesta-se como uma realidade cultural, por isso serão aqui percorridos alguns itinerários da História.

O trabalho do historiador Philippe Ariès, é fundamental para equacionarmos uma visão histórica da morte nas civilizações ocidentais. Assim, o autor desenvolve uma perspetiva da evolução das atitudes do Homem perante a morte ao longo de dois milénios.

Primariamente oferece uma visão da *morte domesticada ou familiar*, e refere-se ao período da baixa Idade Média, prevalecendo cerca de um milénio. Para o homem medieval a vida e morte representavam acontecimentos individuais e simultaneamente detinham um carácter social demarcado. A morte era uma cerimónia pública, presidida pelo próprio moribundo.

Assim, durante um grande período do tempo a morte era anunciada e o moribundo preparava-se para a receber. Sentindo que o fim estava próximo, este orientava as coisas para aqueles que o sucediam.

A morte era esperada no leito, e o que a esperava estava constantemente acompanhado pelas pessoas que lhe eram próximas, inclusivamente crianças.²¹ Portanto, nesta época todo o ser humano reconhecia a sua mortalidade e queria antecipadamente preparar-se para o seu *momentum*.

Segundo José Nuno Ferreira da Silva, “*A morte tinha lugar. O mesmo lugar que o essencial da vida: estava integrada, até pela circunstância do lugar, no ciclo vital da pessoa que morria. Mas além disso o morrer tinha lugar no círculo familiar do moribundo que o reconhecia morrendo e se reunia em torno dele, pacificamente, participando na cerimónia da despedida (...). Este era o modelo da morte perfeitamente integrada, com lugar na vida, na consciência da vida, no espaço da vida e nas relações de que a vida se tecia*”.²²

Para P. Ariès “*A atitude antiga, em que a morte é simultaneamente familiar, próxima e atenuada, opõe-se à nossa, em que a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome*”²³.

²¹ ARIÈS, Philippe (2010) – Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. 4ª Edição. Lisboa: Editorial Teorema

²² SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar. Porto: Edições Afrontamento, p. 135

²³ *Ibidem*, p. 43

No entanto, à medida que o Homem se consciencializa da sua individualidade emerge um novo conceito: a consciência da *morte de si próprio*. Do séc. XII ao séc. XIV, a morte transformou-se num momento em que as passagens da vida humana eram analisadas, escritas, julgadas, tendo como resultado final a salvação ou a condenação da alma.

Desenvolve-se então a noção de ligação entre alma e corpo, surgindo a ideia de que na altura da morte, a alma deixa o corpo para ser submetida a um juízo particular. Neste sentido o Homem desenvolve uma consciência de individualidade perante a morte.

Sublinha Ariès, que a morte se torna no espaço em que a pessoa melhor toma percepção de si mesma enquanto indivíduo e enquanto ser social. Assim cresce o amor pela vida e a figura do moribundo é substituída pela do cadáver.²⁴

Na Idade Moderna, a partir do século XVIII, apesar de se manter quase todo o cerimonial tradicional, as atitudes do homem perante a morte sofrem uma nova alteração. Passa a ser romantizada e o homem desta época passa a preocupar-se cada vez mais com a morte do outro. O processo de morrer é caracterizado como um momento de rutura, em que o homem é arrancado da sua vida quotidiana e lançado num mundo irracional, violento e cruel.

A morte é aliada ao imagético-simbólico e ao erotismo. Neste sentido, passa a ocorrer uma radical separação entre a vida e a morte e uma laicização da última.

Torna-se indispensável ressaltar que, desde a baixa Idade Média até o século XIX as representações e, consequentemente, as atitudes do homem perante a morte sofreram transformações importantes e sutis, estas por sua vez não alteraram a familiaridade com a morte e com os mortos.

No séc. XIX, ela irrompia por todos os lados: no culto da recordação, no luto ou em grandes peregrinações a cemitérios, e no entanto havia por outro lado o afrouxamento das familiaridades de outrora.

No séc. XX surge uma nova concepção perante a morte. Esta passa a ser *interdita* – clandestina e envergonhada.

A morte é representada com novas características resultantes do avanço científico e tecnológico. Transformou-se num tabu, e o ato de morrer converteu-se em doença social. O homem revelava, desta forma, dificuldade em aceitar a inevitabilidade da morte: esta surgia como um fantasma a impor-lhe limites, um fim humilhante.

²⁴ ARIÈS, Philippe (2010) – Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. 4ª Edição. Lisboa: Editorial Teorema

Neste sentido, se até meados do séc. XIX, a morte era um ato público, com um protocolo conhecido, a partir de então, a morte passa a ser ocultada e dissimulada junto do moribundo, e a morte familiar vai-se convertendo progressivamente em morte interdita. O doente é isolado dos outros, passa do círculo familiar para o círculo médico e atrasa-se o mais possível a entrega da pessoa à morte.²⁵

O processo de morrer associa-se então, à ideia de rutura e passa a ser encarado com medo. A “boa morte” é aquela que acontece rapidamente ou subitamente, sem “aviso ou preparação prévia”, para que desta forma, tanto quem morre como os que o rodeiam não tenham tempo de se consciencializarem com a realidade, dura e penosa, dos factos perante os quais são impotentes. Evita-se falar na morte, sendo esta mais fácil de suportar se não falarmos dela.

Segundo Edgar Morin, a partir da segunda metade do séc. XIX, inicia-se uma crise da morte. Refere pois que “ *o conceito de morte não é a morte; está vazio como uma noz oca.*”²⁶ O conceito de morte é corroído, bem como a própria vida. O autor francês defende ainda que “ *nesse desastre do pensamento, nessa impotência da razão perante a morte, a individualidade jogará os seus últimos recursos; procurará conhecer a morte, não já pela via intelectual, mas sim farejando-a como um animal, a fim de penetrar no seu covil; procurará fazê-la recuar recorrendo às mais brutais forças da vida.*”²⁷

Morin revela-nos uma crise da individualidade perante a morte; crise está que se insere na crise geral do mundo contemporâneo.

Os progressos tecnológicos e científicos que contribuíram para novas formas de prevenção e diagnóstico de doenças, levaram naturalmente a um aumento considerável da esperança média de vida.

Assim, o Homem tem soluções prontas para quase todas as problemáticas com que se depara e a atitude mais comum perante as situações que não consegue resolver é a fuga e a negação.

Na relação com a morte, o próprio moribundo muitas vezes tende a ignorá-la. Torna-se frequente morrer sozinho num quarto de hospital. O morrer já não é, do domínio público, é um ato clínico e privado.²⁸

²⁵ ARIÈS, Philippe (2010) – Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. 4ª Edição. Lisboa: Editorial Teorema

²⁶ MORIN, Edgar (1970) – O Homem e a Morte. 2.ªed. Mem Martins: Publicações Europa-América, p. 261

²⁷ *Ibidem*, p.261

²⁸ BARRETO, João (2009) – A Morte nas Sociedades Contemporâneas. In NUNES, Rui, REGO, Guilhermina, DUARTE, Ivone – *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, pp. 47-54

Refere-nos P. Ariès “*A morte no hospital já não é ocasião para uma cerimónia ritual presidida pelo moribundo no meio da assembleia de parentes e amigos (...) A morte é um fenómeno técnico obtido pela paragem dos sentidos, isto é, de maneira mais ou menos declarada, por uma decisão do médico e da equipa hospitalar*”.²⁹

Desta forma, vai-se desenvolvendo uma atitude que revela uma certa repugnância pela morte, resvalando frequentemente num isolamento moral do doente e numa ausência de comunicação que resulta numa medicalização do sentimento de morte. O homem passou a morrer em maior número em instituições hospitalares e outros centros de apoio a doentes e idosos, rodeado de tecnologia, mas em contrapartida, em grande solidão afetiva.³⁰

Destaque-se então que uma das grandes alterações verificadas, reside no Hospital passar a ser o local mais comum da morte ao invés da casa familiar. No séc. XX o lugar da morte foi transferido para o hospital. Refira-se que vários são os aspetos positivos decorrentes dessa transferência. Desde logo, podemos apontar que o acesso aos cuidados hospitalares foi alargado a uma vasta população; muitos doentes terminais não são entregues a si próprios, beneficiando de uma assistência adequada; por outro lado muitas famílias que não tinham condições ou não estavam preparadas, puderam usufruir destes cuidados. Significa também que o Estado revelou um papel de referência num momento importantíssimo da vida dos seus cidadãos. Parafraseando José Nuno Silva “*para quem precisa do hospital para morrer, morrer no hospital é o que de melhor lhe pode acontecer... e contudo a transferência do morrer para o hospital não pode ser considerada em si mesma, um dado positivo, ainda que se revista de muitos aspetos positivos*.”³¹

Ainda segundo o mesmo autor, esta transferência materializa-se como uma atitude de ocultação, negação e desintegração da morte.

O hospital do séc. XX, começou por ser o local onde a cura podia ocorrer e transformou-se rapidamente no espaço normal da morte antecipada e consumada. Neste local a morte quase passa despercebida e a família por vezes não se encontrava presente nos momentos de agonia e morte. Apesar, do processo de morrer passar para o domínio hospitalar, este não tem conseguido assumir essa nova função. Seguimos novamente o pensamento de José Nuno Silva “*é grande a sua (do hospital) dificuldade em lidar com o morrer, o que se concretiza na dificuldade em acompanhar os que morrem, segundo as exigências próprias da sua condição*”³²

²⁹ ARIÈS, Philippe – Sobre a História da Morte no Ocidente, pág. 51

³⁰ SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar. Porto: Edições Afrontamento, 2012

³¹ SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar. Porto: Edições Afrontamento, 2012, pág.155

³² *Ibidem*, pág. 156

Em tempos que se perdem nas brumas da memória, o homem era dono da sua morte, entendida como algo de natural. A “boa morte” assentava no pressuposto de que o moribundo tinha plena consciência da sua condição. Este conhecimento era partilhado por toda a comunidade que o rodeava. A partir do séc. XIX e até aos nossos dias a morte passa a ser olhada com reserva e torna-se num acontecimento escondido.

Marie de Hennezel, vem corroborar estas ideias, escrevendo “*A nossa época expulsou a morte. Perdemos os nossos ritos e opomos resistências culturais. Coisas tão simples como velar um moribundo, na paz de um quarto, desapareceram. Já não se usa pronunciar a palavra morte, nem aceitar ver morrer os familiares. Os saudáveis têm aversão em romper o muro do silêncio que os separa daqueles que viajam para o último porto. Não se conseguem encontrar as palavras adequadas, os gestos pacificadores que poderiam permitir aos moribundos partirem mais pacificamente. Então, cada vez mais se morre longe de casa, no hospital.*”³³

Moura, citando Barros de Oliveira conceptualiza “*antes morria-se em casa, quase ritualmente, hoje morre-se «cientificamente», no hospital, às escondidas da família, rodeado de silêncio mortal, e o morto não entra em casa.*”³⁴

O doente em fim de vida é mantido ignorante da gravidade do seu estado, o que também impõe uma alteração aos rituais familiares de despedida no momento da morte. Assim a pessoa morre sem saber ou, na melhor das hipóteses, sem poder dizer que sabe que está a morrer. A “boa morte” é percecionada como aquela que não se pressente e passa despercebida, como morrer a dormir, somente com um curto suspiro a pressagiar o termo da vida.

O silêncio converteu-se a atitude mais comum no confronto com a morte e a morte foi reduzida a um momento de passagem biológica, sem significação. Por isso também, Kubler-Ross defende que “*morrer tornou-se um ato solitário e impessoal*”³⁵

Kubler-Ross expõe que, os cuidados hospitalares aos doentes terminais se centravam predominantemente nas técnicas terapêuticas dado que procuram salvaguardar a vida do paciente a qualquer custo. O hospital concebido para tratar e curar tem dificuldade sem dar resposta às necessidades dos doentes terminais.

Esta autora, discorre, ainda, sobre os resultados mais marcantes do seu trabalho com doentes terminais. Concluiu que a maioria dos doentes próximos da morte necessitava de expor os seus

³³ HENNEZEL, M. (2001) – *Nós não nos despedimos – Uma reflexão sobre o fim da vida*. Lisboa: Notícias Editorial, p. 14

³⁴ MOURA, Conceição (2010) – *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Lisboa Editora Coisas de Ler, pág. 143

³⁵ KUBLER-ROSS, E. (1991) - *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, pág.19

medos, angústias e esperanças, e que enalteciam a disponibilidade de quem os ouvisse. Sem atentar nestas necessidades impede-se o direito do doente de se preparar para a morte.

Refere, também que a maioria dos profissionais de saúde não sabia ajudar o doente terminal e tinha dificuldades em se relacionar abertamente com eles. Esclarece que os entraves mais importantes para estabelecer essa relação, são o medo e a angústia que estes profissionais tinham em relação à morte.

Também revelou que a família, sentia dificuldade em prestar ajuda ao doente, criando, à volta dele, uma série de mentiras e de meias verdades que o levavam ao isolamento.

Um dos aspetos mais importantes da obra de Elizabeth Kubler-Ross foi o estudo que fez sobre os aspectos emocionais do ser humano que enfrenta a morte, identificando-os como estádios, pelos quais, na opinião dela o doente terminal poderá passar: fase de negação; fase da ira; fase de negociação; fase da depressão; fase de aceitação. Podemos concluir que a obra de Kubler-Ross, vem reforçar a necessidade que a nossa sociedade tem de desmascarar as atitudes face à morte e estar mais próxima dos que estão para morrer.³⁶

1.4. Os Cuidados Paliativos e a Reconfiguração de uma Nova Atitude perante a Morte

Os Cuidados Paliativos assumem hoje uma importância fulcral. Consideramos pois, que no momento atual se assiste a uma viragem na forma como a morte é configurada.

Tal como afirma José Nuno Ferreira da Silva “ *é porque diante da morte que a vida se reflete que os cuidados/ medicina paliativos constituem um lugar matricial de futuro, seja para a medicina considerada no seu todo, com a prática de cuidados que implica, seja para própria sociedade e a cultura que a anima*³⁷.”

Reconhecendo os limites da ciência e da técnica, no que respeita a doenças incuráveis que se prolongam no tempo, os cuidados paliativos substituem o valor da “cura” pelo valor do “cuidado”. O doente é concebido de forma global, considerando as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Concordamos com Mendes quando afirma, que “*a grande especificidade dos cuidados paliativos, a diferença possivelmente marcante, reside na atenção que esta abordagem concede às questões das dependências, ao sofrimento e às vulnerabilidades da condição humana. O cuidado àquele que, tantas vezes decrepito, desfigurado, irreversível, se*

³⁶ KUBLER-ROSS, E. (1991) - *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, pág.19

³⁷ SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – *A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar*. Porto: Edições Afrontamento, pág.399

*alimenta do desespero, implica uma ação centrada na conservação da dignidade humana, uma ação conservadora que consiga traduzir ao outro, mesmo incapacitado, mesmo dependente, o sentido que o outro tem.”*³⁸

Estes cuidados edificam-se numa perspectiva de respeito pela dignidade e identidade da pessoa que está a morrer. A comunicação com o doente, a escuta ativa, a presença solícita por parte dos profissionais de saúde é fundamental para combater sentimentos de solidão e de isolamento. A integração da família nos cuidados revela-se como uma mais-valia na filosofia dos cuidados paliativos. Integrando aqueles que são mais próximos do doente, permitindo o seu acompanhamento, certamente lhe permitirá criar laços e emoções profícuos, até ao fim.³⁹

Assim, em jeito de conclusão, a morte faz parte do ciclo vital e é imperativo conferir qualidade e dignidade ao processo de morrer. Apesar do progresso que os Cuidados Paliativos conhecerem nos últimos anos, é uma prerrogativa evidente que ainda há um longo caminho a percorrer, do ponto de vista do acompanhamento e dos cuidados, quando o tratamento e cura são inviáveis.

Os profissionais de saúde em contato permanente com pessoas em fim de vida, devem refletir profundamente sobre os aspetos espirituais da vida e do final de vida, assim como aceitar a morte como parte integrante da existência humana, proporcionando desta forma uma assistência apropriada a quem está a morrer e à família.

Reiteramos as palavras de José Nuno Ferreira da Silva quando reflete “ *nós é que somos o lugar do morrer uns dos outros e, falando nesta fronteira, todos os demais limites da vida, ainda que pareçam alargar-se, na verdade estreitam-se, num estreitamento sem termo, que acaba por nos deixar, paradoxalmente, sem lugar de viver. Porque é ao oferecermo-nos como (...) lugar ao morrer dos outros que descobrimos mais profundamente o nosso lugar na vida.*”⁴⁰

É nossa intenção aprofundar as questões que derivam da forma como os profissionais lidam com a morte, bem como o bem-estar espiritual em capítulo próprio.

³⁸ MENDES, Ana Celeste (2010) – Rostos da Morte na Era da Técnica, pág.7. Acedido a 04.04.2013 Disponível em : <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/734/1/Rostos%20da%20morte%20na%20era%20da%20t%C3%A9cnica.pdf>

³⁹ MENDES, Ana Celeste (2010) – Rostos da Morte na Era da Técnica. Acedido a 04.04.2013 Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/734/1/Rostos%20da%20morte%20na%20era%20da%20t%C3%A9cnica.pdf>

⁴⁰ SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar. Porto: Edições Afrontamento, p.416

2.ESPIRITUALIDADE E O BEM-ESTAR ESPIRITUAL

2.1 A Espiritualidade com Dimensão Humana

Apesar de a espiritualidade constituir uma dimensão fundamental da vida humana, que acompanha a pessoa do nascimento até à morte, apenas nas últimas décadas se começou a reconhecer a sua importância. Tal como as dimensões biológica, psicológica e social, a dimensão espiritual define o Homem e a sua complexidade, sendo uma das suas características mais sublimes.⁴¹

A progressiva relevância dada à espiritualidade, parece ser reflexo da preocupação das pessoas com o seu desenvolvimento pessoal, com o seu bem-estar e com a construção de sentido para as suas vidas.

Do ponto de vista científico, um número crescente de estudos têm sido dedicados a esta temática. Assim, é nossa intenção fazer uma breve revisão da literatura no que respeita à espiritualidade e estabelecer pontes para uma análise do conceito de bem-estar espiritual.

A espiritualidade foi considerada por diversos autores como uma dimensão central da conduta humana, constituindo-se como um foco de aprendizagem relevante para um desenvolvimento mais harmonioso e integral. Carson, refere que a espiritualidade enquanto dimensão humana universal se expressa através de relacionamentos, criatividade, emoções, manifestações físicas e religião. ⁴²

Têm sido múltiplas as formas de a conceptualizar e definir, uma vez que existem várias correntes ou ideologias filosóficas que estão em desacordo relativamente a esta temática.

A espiritualidade apresenta-se como, um conceito multidimensional e complexo intrínseco ao Homem, fazendo parte de todos os seres humanos, caracterizando-os na sua maneira de ser e de atuar, tratando-se assim de um princípio vital e universal. Não obstante a sua universalidade, é também um princípio individual e dinâmico, uma vez que é influenciado pelas vivências pessoais e culturais de cada um.

Por espiritualidade devemos considerar o que nos permite experienciar um sentido de vida transcendente, algo que nos ultrapassa e que nos permite procurar significado ou sentido através da religião ou de outras vias. A dimensão espiritual será mais alargada que a religiosa, evocando o

⁴¹ BARBOSA, António (2010) – Espiritualidade. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, p.595 -659

⁴² CARSON, Vema (1989) – *Spiritual Dimensions of Nursing*, London, Saunders Company, IX + 386 p. ISBN – 0-7216-2249-6

universo dos valores e o questionamento sobre o sentido último das coisas, das experiências e da vida. Revela-se no domínio interior do homem e na sua consciência ou percepção de si no mundo.⁴³

Myers refere-se à dimensão espiritual como um conjunto de crenças pessoais que transcendem os aspetos materiais da vida e nos oferecem um profundo sentimento de segurança, conexão e abertura ao infinito. De acordo com esta conceção a espiritualidade inclui a crença num poder maior que nós próprios; num significado e num propósito de vida, esperança e otimismo, amor e compaixão, numa conduta ética e moral apropriada e numa experiência transcendente.⁴⁴

Na linha de pensamento atrás referenciada, Carpenito também defende que a espiritualidade se pode expressar através da religião mas igualmente na relação com os outros, na criatividade e autoexpressão pessoal (como a arte, por exemplo), na força interior e valores pessoais assim como na procura de um sentido e finalidade para a vida.⁴⁵

Para Sílvia Caldeira a espiritualidade é uma dimensão que propicia ao Homem bem-estar, paz interior e reconhecimento pela gratuidade, significado e importância das relações humanas.⁴⁶

Neste sentido podemos considerar esta dimensão como o suporte da procura de um sentido para a existência que dê significado a uma visão pessoal do mundo e da sua vida, para além da percepção racional. Assim, a espiritualidade é uma força invisível essencial nas nossas vidas, trazendo um sentido de continuidade e significação para a nossa existência.⁴⁷

Uma clarificação importante que deverá ser feita é a distinção entre religião e espiritualidade. Tradicionalmente a espiritualidade estava integrada na religião. O estudo da religião abarcava questões tão diversas como a análise das crenças, emoções, práticas e serviços religiosos, a relação entre os indivíduos, associados a um poder mais elevado ou divino; mas igualmente abordava os problemas fundamentais da existência, particularmente o sentido de vida, a morte, a solidão e a injustiça.⁴⁸

Ao longo das últimas décadas impôs-se uma necessidade de separação dos conceitos de religião e espiritualidade. Ao diferenciar-se da religião, a espiritualidade incorporou alguns dos seus elementos, tornando-se num conceito mais abrangente. Assim, começa a ser compreendida como

⁴³ RUMBOLD, B. D. (2003). *Caring for the spirit: lessons from working with the dying*. The Medical Journal of Australia, 179, p.11-13

⁴⁴ MYERS, J.E. et Al (2000) – *The Wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning*. *Journal of Counseling and Development*, vol.78, nº3, p.251-265

⁴⁵ CARPENITO, Lynda (2009) – *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 11ª Ed. São Paulo: Artmed, p. 1040

⁴⁶ CALDEIRA, Sílvia (2002) – *Cuidar do homem face à dimensão espiritual*. *Nursing*. Lisboa. Nº 163, p. 17-22

⁴⁷ PALDRON, T (2004).- *Dignidade e sentido da vida: Sentido da vida e valores espirituais*. Cascais: Pergaminho

⁴⁸ PARGAMENT, K.I. (1997) – *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press

um fenómeno dinâmico, amplo e funcional que passa pela procura de um sentido na vida, da transcendência e do desenvolvimento do potencial humano.⁴⁹

Corroborando estes aspetos, Bertachini e Pessini, defendem que “*a espiritualidade diz respeito à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida. A religião, por outro lado, é um conjunto de crenças, práticas, rituais e linguagem litúrgica que caracteriza uma comunidade que está procurando dar um significado transcendente às situações fundamentais da vida, desde o nascer até ao morrer.*”⁵⁰

Por sua vez, Worthington et al. definem religião como a “*adesão a um sistema de crenças e práticas associadas com uma tradição instituída em que existe um consenso sobre aquilo que se acredita e pratica.*” A espiritualidade assenta “*num sentimento generalizado de ligação intimista com o transcendente.*”⁵¹ A religião é portanto uma das formas dos seres humanos expressarem a sua espiritualidade. Traduz-se num conjunto de crenças, valores e rituais que revelam expressões de fé a uma Entidade Superior, estabelecendo um quadro de conduta para as relações inter e intra pessoais.

Os mesmos autores defendem que existem quatro tipos de espiritualidade: a religiosa; relacionada com os valores sagrados definidos por uma religião; a espiritualidade humanística relacionada com os valores humanos; a espiritualidade ligada à natureza e aquela ligada ao mundo da criação.

No entanto, Koenig defende que é precisamente, a relação com o transcendente que distingue a espiritualidade da moral, do humanismo ou até da saúde mental. Na sua perspetiva, o transcendente pode ser definido como tudo aquilo que está, simultaneamente, fora e ao alcance do Homem.

Compreendemos perfeitamente esta noção se tivermos em consideração que por um lado, o transcendente ultrapassa o concreto, o inteligível e o mensurável mas, por outro, está ao alcance do Homem crer e abrir-se à relação com aquilo que ele considera uma Entidade Superior. O autor atrás referenciado revelou que 90% da população mundial adota algum tipo de prática espiritual, estabelecendo assim, uma forte relação entre espiritualidade e coping.⁵²

⁴⁹ WESTGATE, C.E.(1996) – *Spiritual wellness and depression*. Journal of Counseling and Development, 75, 26-35

⁵⁰ BERTACHINI, Luciana et Al. (2010) – *A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados Paliativos*. Revista Bioethikos. Centro Universitário de São Camilo, 4 (3):315-323

⁵¹ WORTHINGTON, E. L. et Al. (2011)– *Religion and Spirituality*, Journal of Clinical Psychology, vol.67, pp.204-214

⁵² KOENIG, Harold (2010)– *Spirituality and Mental Health*. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies [Em linha]. Volume 7, Nº 2, p. 116-122. [Consult. 26 Agosto 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&hid=122&sid=aea0aede-0b0e-4f5f-bb27-08c0c04f3eed%40sessionmgr112>

No que concerne às dimensões ou significados atribuídos ao conceito de espiritualidade, destacamos o trabalho de Anandarajah e Hight⁵³, que propõe a existência de três dimensões fundamentais:

- Dimensão cognitiva ou filosófica: relacionada com a busca de sentido e propósito de vida;
- Dimensão emocional/experiencial: relativa a vivência de sentimentos de esperança, apoio, conforto e paz interior;
- Dimensão comportamental: referente às manifestações externas da crença da pessoa.

Apesar de nenhuma definição de espiritualidade ser universal, os autores são consensuais no que se refere a atributos centrais da espiritualidade, que passamos a sintetizar:

- a) Refere-se a uma relação com algo que está para além das dimensões físicas, psicológicas ou sociais da vida. Esta entidade transcendente pode ser descrita como: uma “força superior”; “realidade última”; “Deus ou divindade”, etc.
- b) É definida por experiências de cariz subjetivo que se traduzem numa necessidade de relação consigo próprio, com os outros, com a natureza e com Deus.⁵⁴
- c) Está associada a uma procura existencial de sentido e propósito de vida; alguns autores referenciam que esta busca existencial, se pode intensificar no aproximar da morte.⁵⁵

É imprescindível termos em atenção que a espiritualidade é algo pessoal e sujeita a influências exteriores, como a cultura ou a relação com os outros, desempenhando também influências nesses mesmos agentes. Os profissionais de saúde contactam intimamente na sua prática diária com a doença, o sofrimento e a morte. Perante tais situações torna-se importante averiguar como lida o profissional com as questões da espiritualidade. A espiritualidade, desenvolve-se na relação com o outro. Ao longo do percurso da nossa vida colecionamos aprendizagens, que transformamos em conhecimento que podemos partilhar com aqueles que nos rodeiam. Cada ser humano saberá onde

⁵³ ANANDARAJAH, Gowri; HIGHT, Ellen (2001)- *Spirituality and Medical Practice*: Using the HOPE questions as a practical tool for Spiritual Assessment. American Family Physician. Vol. 63, Nº 1, p. 81-88. [Consultado 25 .03 2013]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html>

⁵⁴ PUCHALSKY, Christina et al. (2006) - Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model. The Cancer Journal. Vol. 12, Nº 5 (Setembro/ Outubro), pp. 398-416. [Consultado. 28.12. 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=19&sid=4f32fc32-6923-4d53-96d2-8a2a4d3d21de%40sessionmgr4>

⁵⁵ HERMANN, Carla (2007)- The Degree to Which Spiritual Needs of Patients Near the End of Life Are Met. Oncology Nursing Forum [Em linha]. Vol. 34, Nº 1 (Janeiro), pp. 70-78. [Consultado 04.01.2013]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=105&sid=96b30008-c30d-455d-8f9a-d582fcb99412%40sessionmgr111>

procurar o bem-estar, o sentido para a vida e propósitos para continuar: em si próprio, na família e nos amigos, na natureza ou em Deus...

2.2. Bem-Estar Espiritual

Um conceito emergente no âmbito da espiritualidade que gostaríamos de enfatizar e aprofundar é o de Bem-Estar Espiritual.

Bem-estar, na sua concepção geral, revela uma resposta à capacidade que a pessoa tem em desenvolver o seu potencial, mediante a utilização dos mais diversos recursos: fisiológicos, psicológicos, sociais, espirituais, culturais e ambientais.⁵⁶

Kreitser explica que o conceito de bem-estar não é novo, no entanto é olhado nos nossos dias sobre novas perspetivas. Assim, é apresentado como uma estratégia fundamental para melhorar a saúde.

Espiritualidade e bem-estar estão intimamente ligados, e para muitos, a espiritualidade afeta todos os aspetos de bem-estar. Deste ponto de vista, o bem-estar é um estado de se encontrar em equilíbrio e alinhamento de corpo, mente e espírito.⁵⁷

Este constructo de Bem- Estar Espiritual foi inicialmente definido em 1971 na *White House Conference on Aging*, nos Estados Unidos da América, por David O. Moberg. A definição de Moberg, em colaboração com a *National Interfaith Coalition on Aging (NICA)*, ainda é largamente utilizada: "Spiritual well-being is the affirmation of life in a relationship with God, self, community, and environment that nurtures and celebrates wholeness."⁵⁸

As investigações apontam que o fortalecimento do bem-estar espiritual pode ter um impacto positivo significativo na redução da angústia, bem como promover a saúde mental. A experiência de sentir satisfação na vida, oriunda do bem-estar espiritual, garante ao indivíduo um recurso interno para lidar e compreender situações como a dor, a sofrimento ou a morte.⁵⁹

Desta forma, o BEE é compreendido e estudado como uma experiência individual que resulta numa consolidação pessoal, quando o indivíduo procura um apoio de forma deliberada para a

⁵⁶ CARPENITO, Lynda (2009) – *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 11ª ed. São Paulo: Artmed, p. 1040

⁵⁷ KREITZER, M (2012) - Spirituality and Well-Being: Focusing on What Matters. *West J Nurs Res* October, 34: 707-711

⁵⁸ PAYNE, B.P. (1990). Research and theoretical approaches to spirituality and aging. *Generations*, 14(4), 11-15.

⁵⁹ VOLCAN, S. et al. (2003) – *Relação entre Bem-Estar Espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. *Revista de Saúde Pública*, 37 (4):440-5

concretização de um enfrentamento de sucesso, para a melhoria da qualidade de vida, e para a sua evolução como ser humano numa perspectiva integrativa, ou seja, biopsicossocial.⁶⁰

Os resultados de algumas investigações, também evidenciam que o BEE é fulcral para a saúde mental, uma vez que a espiritualidade pode exercer influência sobre as condições de saúde através das emoções positivas, como o perdão, a esperança, o amor e a autoestima. Estudos sugerem ainda que a espiritualidade pode interferir na saúde através de mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos.⁶¹

Tal como exprimem Gouveia et al. “ *o estudo do contributo da espiritualidade para a saúde conduziu à emergência do conceito de Bem-estar Espiritual e espelha a importância crescente atribuída à dimensão espiritual para o bem-estar.*”

Os mesmos autores esclarecem que o constructo de bem-estar espiritual (BEE), encerra si uma tendência para o cruzamento dos conceitos de saúde e espiritualidade. A definição deste conceito é complexa e existem várias perspectivas, no entanto todas revelam uma independência da dimensão religiosa e em alguns casos da componente centrada no sagrado. Todavia, todas apontam para a sua multidimensionalidade.⁶²

Para McEwen, o bem-estar espiritual afigura-se como o desenvolvimento individual da pessoa. Este desenvolvimento nasce da sua força interior e impulsiona-a a ser e a tornar-se. Este processo envolve o transcendente e estimula a pessoa a perceber o sentido da vida.⁶³

Citado em Gouveia, Pais-Ribeiro, & Marques escolhemos para aprofundar o conhecimento sobre o constructo do Bem-Estar Espiritual a definição e o modelo de Fisher.

Segundo este investigador, este conceito é dinâmico e expressa-se na qualidade e harmonia das relações que os indivíduos estabelecem nos quatro sistemas de relação propostos pela NICA, ou seja: consigo próprias, com os outros, com o meio envolvente e com o transcendente.

Deste modo, no que respeita ao bem-estar espiritual, estão implícitos quatro domínios da relação fundamentais: o pessoal, o comunitário, o ambiental e o transcendente. Relativamente ao domínio

⁶⁰ COSTA, C.C., BASTIANI, M., GEYER, J.G., CALVETT, P.U., MULLER, M.C., & MORAES, M.L.A. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 249-255

⁶¹ GASTAUD, M.B., SOUZA, L.D.M., BRAGA, L., HORTA, C.L., OLIVEIRA, F.M., SOUSA, P.L.R., & SILVA, R.A. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 12-18.

⁶² GOUVEIA, M.J., PAIS-RIBEIRO, J.L., & MARQUES, M. (2008). *Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares*. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427) Lisboa: Ispa edições.

⁶³ McEWEN, Melanie (2005)- *Spiritual Nursing Care: State of the Art*. Holistic Nursing Practice. Vol. 19, N º4 (Julho/ Agosto pp. 161-168), Consultado. 22.11.12., Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com>

pessoal, este refere-se ao modo como a pessoa se relaciona consigo mesma em termos de propósito, significado e valores na vida. Subentende o desenvolvimento do auto conhecimento e a consciência sobre si mesmo, que se relaciona com a identidade e auto estima. O domínio comunitário por sua vez, indica a profundidade e a qualidade das relações interpessoais entre a pessoa e os outros, tendo subjacentes sentimentos de amor, esperança, e fé na humanidade. O domínio ambiental refere-se às relações com o mundo físico e biológico, cuja expressão se verifica através de sentimentos de admiração e união com a natureza. Para finalizar o domínio transcendente lida com as relações do eu com algo para além do domínio humano, que se pode definir como força cósmica, uma realidade transcendente ou Deus, envolvendo cultos e sentimentos de fé.⁶⁴ Na quadro que se segue apresentamos os itens que integram os quatro domínios do BEE.⁶⁵

Quadro I – Itens que integram os domínios do Bem-Estar Espiritual (Adaptado de Fisher, 2010, p.109)

PESSOAL	COMUNITÁRIA
- Sentido de Identidade - Paz interior - Autoconsciência - Alegria na Vida - Sentido de Vida	- Amor pelos Outros - Perdão - Confiança entre as Pessoas - Respeito pelos Outros - Bondade
AMBIENTAL	TRANSCENDENTAL
- Conexão com a natureza - Harmonia com o meio ambiente - “ Sensação de magia” no meio ambiente - Unicidade com a Natureza	- Relação Pessoal com o Divino/Deus - Paz com Deus - Vida de oração - Harmonia com Deus - Culto ao Criador

Segundo o modelo conceptual de Fisher, a qualidade das relações que a pessoa cria em cada domínio, é indicador do seu BEE nessa dimensão.

Gouveia e al. atendendo a este autor referem “ ..., a saúde espiritual é dinâmica e o desenvolvimento do BBE em cada um dos domínios – resultante do confronto com os desafios com a existência humana - expressa-se pelo aprofundar das relações nesse domínio e pelo acrescentar das novas dimensões. Simultaneamente o desenvolvimento da

⁶⁴ GOUVEIA, M.J., PAIS-RIBEIRO, J.L., & MARQUES, M. (2008). *Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares*. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427) Lisboa: Ispa edições

⁶⁵ FISHER, J.(2010) – *Development and Application of a Spiritual Well- Being Questionnaire Called SHALOM*, Religions , 1 105-121; doi 10.3390/rel1010105

*qualidade das relações num domínio de BEE contribui para o aprofundamento das relações nos restantes. A interação entre estas dimensões permite o crescimento e complexificações recíprocas.”*⁶⁶

Neste sentido, o desenvolvimento do bem-estar espiritual implica um processo complexo em que o indivíduo se confronta com os desafios da vida, lutando para manter ou restabelecer o equilíbrio e a harmonia. Este constructo resulta então, do efeito conjunto do bem-estar em cada domínio adaptado pela pessoa.

Este modelo ainda propõe que cada domínio relacional de BEE, estejam presentes dois conceitos que se inter-relacionam: o conhecimento e a inspiração. O conhecimento reflete o elemento racional e a inspiração fornece a essência e a motivação para o desenvolvimento de BEE em cada domínio. As formas de manifestação dizem respeito à forma como cada um se expressa, vivencia e percebe em si próprio e nos outros, um certo estado de BEE.

Fisher citado por Gouveia, indica que os quatro domínios interagem entre si, o que significa que o desenvolvimento da qualidade das relações num domínio tem repercussões nos outros domínios que reciprocamente retroagem. Segundo o autor este processo é designado por *Sinergismo Retroativo*.⁶⁷

Níveis de saúde espiritual mais elevados derivam do desenvolvimento dos quatro domínios de BEE, no entanto nem todas as pessoas valorizam da mesma forma os domínios referidos. Assim é possível diferenciar perfis de bem-estar espiritual que definem as características das pessoas que centram num domínio específico. Existem cinco perfis estabelecidos:

1. **Personalistas** – São indivíduos que acreditam que o seu bem-estar espiritual advém dos seus recursos internos. A motivação para procurar o sentido, o propósito e valores na vida provém do seu espírito humano. São pessoas auto – centradas e autossuficientes apesar de necessitarem de estabelecer relações interpessoais no que respeita a outras dimensões do bem-estar.
2. **Comunitários** – São indivíduos que sentem naturalmente, no domínio pessoal, uma necessidade de encontrar harmonia, de ter um sentido, propósitos e valores estabelecidos.

⁶⁶ GOUVEIA, M.J., PAIS-RIBEIRO, J.L., & MARQUES, M. (2008). *Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares*. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427) Lisboa: Ispa edições

⁶⁷ GOUVEIA, M. (2011) – *Flow disposicional e bem-estar espiritual em praticantes de atividades físicas de inspiração oriental*. Acedido a 04.04.2013, Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1226/1/TES%20GOUV1.pdf>

No entanto consideram que o todo é maior que a soma das partes, colocando a tónica na necessidade de criar relações interpessoais de carácter profundo, duradouro e de qualidade. Os Comunitários acreditam que tais relações têm um impacto importante no BEE.

3. **Ambientalistas** – São pessoas que olham para o domínio ambiental como bem-estar espiritual por excelência. Totalizam o conhecimento e os aspetos inspiracionais dos domínios pessoal e comunal com, um sentido de respeito e admiração pelo ambiente. Ultrapassam a proteção ambiental, reconhecendo-lhe uma dimensão transcendente. A sua relação com a natureza traz significado aos outros domínios.
4. **Globalistas** – O bem-estar espiritual foca-se prioritariamente na relação que os indivíduos estabelecem com Deus. A prática e o exercício de uma dimensão ligada à fé expressa pela comunicação com algo ou alguém que transcendem o humano são fulcrais para crescer espiritualmente neste domínio. Tal será impactante na qualidade das relações que estabelecem consigo próprios, com os outros e com o ambiente.
5. **Racionalistas** – São indivíduos que valorizam apenas os aspetos do conhecimento que são inerentes aos três primeiros domínios. Também não aceitam os aspetos inspiracionais e transcendentais em nenhum dos domínios, pelo que apresentam uma perspectiva mais restrita de bem-estar espiritual.⁶⁸

Deste modo, pode-se afirmar que as pessoas têm distintas perspectivas sobre este conceito. Diferentes valores, pessoais, sociais e culturais, podem moldar a sua representação de BEE. Simultaneamente, este modelo multidimensional permite compreender a expressão dessa multiplicidade sobre a representação do conceito de Bem-estar espiritual.⁶⁹

O modelo holístico de percepção do ser humano, mais do que encarar todas as partes e a globalidade do indivíduo: pressupõe uma concepção da complexidade do indivíduo e do mundo, por todas as interações e vínculos estabelecidos, favorecendo ou complicando os processos de integração que constituem o todo do ser humano.⁷⁰

A perspectiva teórica apresentada sobre bem-estar espiritual revela o avanço científico na compreensão dos fenómenos relativos à espiritualidade e à saúde, bem como a sua importância na

⁶⁸ GOUVEIA, M. (2011) – *Flow disposicional e bem-estar espiritual em praticantes de atividades físicas de inspiração oriental*. Acedido a 04.04.2013, Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1226/1/TES%20GOUV1.pdf>

⁶⁹ Idem, ibidem

⁷⁰ BERMEJO, J.C. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Lisboa: Paulinas.

atenção integral ao ser humano. Percebe-se também que ainda são necessárias investigações que focalizem as práticas profissionais em saúde, no que se refere à espiritualidade, bem como os resultados dessas intervenções.

O presente trabalho foi delineado a partir dos pressupostos e modelos referidos ao longo do enquadramento teórico.

3.O Cuidado ao Doente Terminal e a Importância dos Cuidados Paliativos

3.1.Cuidar do Doente Terminal

Nos capítulos anteriores dedicamos a nossa análise ao aprofundamento da temática da morte e da espiritualidade. Agora dedicamos a nossa atenção às especificidades do cuidar, nomeadamente do cuidar do doente terminal.

Os profissionais de saúde que cuidam de doentes em fim de vida, vivenciam a experiência da morte frequentemente. No entanto, cada profissional de saúde afigura-se como um ser individual, com um referencial de valores e crenças próprias, contextualizado na sociedade e na cultura que o envolve, adquirindo, desta forma, maioritariamente as mesmas atitudes e perspectivas perante a morte.

Os cuidados em fim de vida são muito exigentes, na medida em que impõem ao profissional de saúde uma preparação técnico-científica adequada, mas também os aspetos humanos do cuidar não podem ser descartados.

Acreditamos tal como Sapeta, que a relação que os profissionais de saúde estabelecem com o doente são o espaço por excelência da efetivação dos cuidados.⁷¹

Por outro lado também é nossa convicção, que como refere Caldeira, o cuidar, estudado teoricamente sob diversas perspectivas, tem como pedra basilar o respeito pela dignidade da pessoa humana e pelo seu projeto de vida.⁷²

Para Collière, cuidar é um ato de reciprocidade para com o outro⁷³.

Lage afirma que “ *o processo de cuidar é habitualmente um processo complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente em termos de saúde mental.*”⁷⁴

Desta forma, reconhecemos tal como Pacheco (2004) que o cuidar é prestar atenção de forma global e continuada ao doente, reconhecendo antes de mais, que ele é uma pessoa. No cuidar são tidos em consideração os cuidados físicos, psicológicos e espirituais que aquela pessoa doente necessita, para além dos cuidados exigidos pela própria doença.

Cuidar tem subjacentes características como "atenção individual para", "preocupação com", "responsabilidade individual por" ou "providenciar para ". Watson, destacou as dimensões morais e

⁷¹ SAPETA, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*; Loures: Lusociência.

⁷² CALDEIRA, S. (2011). *Espiritualidade no cuidar*. Lisboa, Coisas de Ler

⁷³ COLLIÈRE, M.-F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa. SEP

⁷⁴ LAGE, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. p.210, In Paul, Constança et al. (2005) *Envelhecer em Portugal* . Lisboa: Climepsi Editores

éticas, ao definir o cuidado humano como um processo interpessoal de pessoa a pessoa, que envolve um compromisso moral, bem como um crescimento espiritual que deve promover, preservar e fortalecer.

O cuidar, como ideal moral, excede o ato individual, ultrapassando-o e convergindo para uma filosofia da ação, que tem inerente um sistema de valores humanista-altruísta. Neste sentido, o cuidar deve ser projetado, tendo por base um conjunto de valores humanos como por exemplo: bondade, interesse e amor por nós próprios e pelos outros.⁷⁵

Sapeta, subscrevendo Petit e Leininger, entende que a maior parte dos autores estabelecem o cuidado como um espaço intermédio; um lugar de encontro e partilha entre quem cuida e quem é cuidado. Nesta interação, que se vai (re) inventando a cada momento, cada um demonstra aquilo que é, e o respeito pelos valores, crenças e cultura do outro são uma exigência.⁷⁶

Tais considerações vão ao encontro do pensamento de Watson quando nos refere que cuidar da pessoa traduz-se num processo de interação, de natureza vivencial que tem inerente o desenvolvimento de uma relação que transcende o aqui e agora, já que implica o encontro de duas pessoas com as suas experiências e vivências.⁷⁷

No que respeita ao cuidar em fim de vida, mais uma vez corroboramos a linha orientadora de Sapeta, que nos esclarece que, “ *a situação de cuidar um doente crónico avançado que caminha inexoravelmente para a morte, é uma experiência humana de elevada complexidade, pelo estado clínico do doente, pela natureza emocional dos cuidados, pela fragilidade e vulnerabilidade sentida por todos os que estão próximos dele, pela exigência no alívio de sintomas, do sofrimento físico e existencial, pela necessidade de garantir qualidade de vida e, especialmente na capacidade de saber preservar a dignidade de cada Pessoa.*”⁷⁸

No fim da vida, confrontados com a impossibilidade da cura da doença, o processo de cuidar determina, essencialmente, no acompanhamento e no conforto.⁷⁹

Neste sentido, cuidar implica para além de uma assistência às necessidades do doente, ter uma visão holística da pessoa, assegurar bem-estar e qualidade de vida, dando sentido ao tempo que ainda resta viver.⁸⁰

⁷⁵ WATSON, Jean (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado. Colorado Associated University Press Boulder.

⁷⁶ SAPETA, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*; Loures: Lusociência.

⁷⁷ WATSON, Jean (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado. Colorado Associated University Press Boulder.

⁷⁸ SAPETA, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. p.5 ; Loures: Lusociência.

⁷⁹ PACHECO, S. (2004) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

⁸⁰ CORRALES, E. (2005) - Reflexiones sobre la enfermería en cuidados paliativos. *Revista de Medicina Paliativa*, vol11 (3)

3.2.O Doente Terminal

Consideramos pertinente no seguimento do fio condutor deste trabalho explorar o conceito de doente terminal, bem com os seus direitos. Assim, na perspectiva de Martinez & Barreto, a palavra “*terminal*” refere-se ao que constitui o final de uma coisa ou de uma série de coisas. Faz-se então referência ao final não apenas da doença mas também ao final absoluto, ao final da vida, portanto à morte. E, não esqueçamos, a morte é o derradeiro acontecimento importante na vida duma pessoa e nesses momentos emergem diversas emoções que cada indivíduo enfrenta de uma forma única e distinta, sendo esta individualidade um dos aspetos mais importantes na intervenção com doentes terminais.⁸¹

Segundo Pacheco , a expressão “doente em fase terminal” é, assim, normalmente aplicável 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.⁸²

Sapeta por seu turno, define doente em fase terminal como aquele em que se esgotaram as possibilidades de tratamento ativo em relação à sua doença, tendo esta evoluído mais ou menos rapidamente no sentido da morte. Esta situação é normalmente acompanhada por variados sintomas, multifactoriais que têm grande impacto no doente, na família e na equipa de saúde.⁸³

Astudillo, referenciado por Pereira e Lopes revelam que uma doença entra em fase terminal quando existe um diagnóstico histológico que confirma a doença; não existe reação do doente ao tratamento específico; estar perante uma fase avançada, progressiva e incurável da doença e o prognóstico de vida normalmente é inferior a seis meses. ⁸⁴

Ainda no que concerne à definição de doente terminal, Barbosa e Neto esclarecem que, este doente é aquele que manifesta doença avançada, incurável e evolutiva, com uma multiplicidade de problemas de saúde associado ao sofrimento que vivenciam, e que em média apresentam uma sobrevida esperada de três a seis meses.⁸⁵

⁸¹ MARTINEZ, E. & BARRETO, M. P. (2002) - Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida. In DIAS, M. R. & DURÁ, E. (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica* – p.527-545; 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

⁸² PACHECO, S. (2004) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

⁸³ SAPETA, Ana P. G. A. (1997) - A Família Face ao Doente Terminal Hospitalizado- O caso particular do Hal. Évora: Universidade de Évora. Dissertação de Mestrado em Sociologia.

⁸⁴ PEREIRA, M. G. & LOPES, C. (2002). O doente oncológico e a sua família (1ª Edição, Manuais Universitários 25). Lisboa: Climepsi Editores.

⁸⁵ BARBOSA, A. & NETO, I. (2010). Manual de cuidados paliativos (2ª ed.). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ao encontro daquilo que foi dito anteriormente, reflete o pensamento de Pereira, que nos elucida “*a fase terminal de vida, pode ser definida como sendo a situação de doença em que a pessoa doente apresenta, cumulativamente, uma doença grave em estado avançado com sucessiva evolução, sem possibilidade de tratamento curativo, como múltiplos sintomas e necessidades de cariz diverso, em intenso sofrimento e com prognóstico de vida limitado (...). Acresce às características da condição terminal de vida, o grande impacto psicológico e emocional que esta situação tem na própria pessoa e nos que com ela convivem*”.⁸⁶

Concordamos com Pereira quando identifica que a vivência da fase terminal pode revelar-se um processo longo, penoso e marcado por um grande sofrimento. Costa, referido por esta autora, esclarece que este processo se pode organizar em três fases distintas: uma fase aguda, na qual a pessoa doente e os seus familiares tomam consciência da fase terminal; uma fase crónica em que a pessoa doente vivencia a linha ténue entre a vida e a morte, diminuindo progressivamente as suas capacidades, bem como a sua autoestima e sensação de segurança. A perda adquire um significado substancial, uma vez que está inerente neste processo uma perda das funções orgânicas, perda do papel social, etc. Por fim, a última fase diz respeito aos últimos dias vividos correspondendo ao período de agonia e da morte.⁸⁷

Reiteramos tal como Frias, que a designação de “doente terminal”, deve ser atribuída a uma pessoa que por circunstâncias da vida, adquiriu uma doença cujo desfecho final é a morte. Portanto “terminal” é característico da doença e não da pessoa.⁸⁸

Os doentes sem possibilidades de cura e cuja morte está próxima, designados por doentes terminais, possuem direitos comuns aos direitos fundamentais da pessoa humana.

A pessoa em fase terminal é um ser singularmente fragilizado e vulnerável pelo seu sofrimento, pelos seus medos e incertezas, pelo que os seus direitos, nesta fase da vida, assumem uma dimensão especial. Assim, a reflexão sobre os direitos e as necessidades dos doentes terminais visa garantir um rosto humano aos cuidados de saúde, ajudando as pessoas a viver com dignidade a própria morte.⁸⁹

No que concerne aos direitos do doente terminal, Pessini e Garcia Férrez, citados por Moreira, definiram os seguintes direitos: ser tratado como pessoa humana até ao fim da sua vida; receber uma atenção personalizada; participar nas decisões que dizem respeito aos cuidados; utilizar meios

⁸⁶ PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*, pág.21. Lisboa: Universidade Católica Editora.

⁸⁷ Ibidem, pp.21-22

⁸⁸ FRIAS, C.D. (2003) – *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência

⁸⁹ MOREIRA, I. B. (2001). *O doente Terminal em Contexto Familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau

necessários para combater a dor; receber resposta adequada e honesta às suas questões, fornecendo toda a informação que ele possa assumir e integrar; manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo facto de as suas decisões poderem ser distintas das dos profissionais que o atendem; manter e expressar a sua fé; ser tratado por profissionais competentes, capacitados para a comunicação e que possam ajudar a enfrentar a sua própria morte; receber o consolo da família e amigos que deseje, que o acompanhem ao longo do processo de doença e no momento da morte; morrer em paz e com dignidade.⁹⁰

O doente terminal enfrenta a morte, indubitavelmente como uma experiência nova e ninguém melhor do que ele para conhecer as necessidades. Neste sentido, nesta derradeira fase da existência, a pessoa tem necessidade de ser aceite tal como é e de ver os seus interesses respeitados e reconhecidos.

Partilhamos da opinião de Sapeta e Lopes, quando num artigo de investigação defendem que para “*o doente vive uma situação particular de saúde, o processo de fim de vida, os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase são, privilegiadamente, fixados na busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares. A intenção terapêutica não passa pela cura ou pela recuperação, mas sim por conferir dignidade, aceitar os limites e a morte com a maior tranquilidade e serenidade possíveis, permitir despedir-se em paz consigo e com os outros.*”⁹¹

Entendemos pois que, os Cuidados Paliativos assumem-se na sociedade atual como a resposta mais adequada para o acompanhamento de doentes em fim de vida.

3.3. A Importância dos Cuidados Paliativos

Os progressos científicos que caracterizaram as últimas décadas, no que concerne ao domínio da medicina, contribuíram naturalmente para novas formas de prevenção e diagnóstico de doenças, e proporcionaram também tratamentos cada vez mais eficazes, aumentando a esperança média de vida das populações. No entanto simultaneamente, concordamos com Pereira quando afirma “ (...) a duração de doenças sem perspectiva de regressão tem-se ampliado e mesmo o período terminal de vida tem vindo a

⁹⁰ MOREIRA, I. B. (2001). *O doente Terminal em Contexto Familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau

⁹¹ SAPETA, P.; LOPES, M (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente, Revista Referência, II Série

tornar-se, em certos casos mais demorado. As pessoas demoram hoje mais tempo a morrer, sobretudo quando a morte resulta de um processo de doença grave.”⁹²

José Nuno Silva ressalva que “*os cuidados paliativos inscrevem-se, assim, nessa dinâmica de redescoberta do humano em toda a sua densidade, desde o nascer ao morrer, arco temporal integrador duma identidade pessoal também ela temporal*”.⁹³

Refere Pereira que “*as pessoas com doença grave, incurável e progressiva, sobretudo (...) em fase avançada e terminal, vivenciam uma multiplicidade de problemas: de cariz físico, psicológico, emocional e espiritual. Efetivamente todas as dimensões da pessoa estão afetadas pela irreversibilidade da doença e pela morte iminente, fazendo emergir a necessidade de desenvolvimento de uma lógica de cuidados, que vise preservar a dignidade da pessoa e garantir-lhe o máximo de bem-estar durante o tempo que lhe resta viver.*”⁹⁴

Para contrariar realidades como o encarniçamento terapêutico, a futilidade terapêutica, a desumanização em contexto hospitalar, a conspiração do silêncio, o abandono e desacreditação dos doentes incuráveis, o doente como única pessoa a cuidar, a hegemonia da prática médica, a negação da morte na sociedade, bem com a dor e práticas de eutanásia, surgiu o movimento dos Cuidados Paliativos.⁹⁵

Por outro lado, os cuidados paliativos também assentam na perspectiva que face ao cuidado ao doente incurável, quando, esgotadas as oportunidades de cura de uma doença, ainda haveria muito a fazer pelo bem-estar do doente. Foi na década de sessenta, que Cicely Saunders, tornou possível a criação dos Cuidados Paliativos, de forma organizada, fundando, em Londres, o Saint Christopher's Hospice. Assinale-se, que os “hospices”, desde o século XIX, já existiam para prestar cuidados aos moribundos, todavia foi Cicely Saunders que deu outra relevância aos cuidados médicos, designadamente no que se refere ao controlo sintomático, destacando-se a dor, associando-os à filosofia do cuidar do doente em fim de vida como um todo. Um aspeto fulcral, e de grande inovação foi a introdução do conceito de “dor total”, que, para além da dor física, considera o sofrimento social, psicológico e espiritual que acompanha a dor do doente em fim de vida. O exemplo de Cicely Saunders foi adotado por outros profissionais nos países europeus e nos Estados Unidos da América.⁹⁶

⁹² PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*, p.12; Lisboa: Universidade Católica Editora.

⁹³ SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – *A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar*; p.314; Porto: Edições Afrontamento

⁹⁴ PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*, p.12; Lisboa: Universidade Católica Editora

⁹⁵ BARBOSA, A. & NETO, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

⁹⁶ Ferraz Gonçalves, J. (2011). *Controlo de Sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Coisas de Ler

Neste sentido Cecily Saunders pensou e sentiu ser urgente o desenvolvimento de um tipo de cuidados específicos que respondesse às complexas e múltiplas características dos doentes terminais.

Somos da mesma opinião que José Nuno Silva, quando afirma que “ *a consciência do inexorável avanço da morte, ditado pela experiência de si como corpo, coloca, de facto, a pessoa em situação de dor total: a dor a que nada escapa. Vê ameaçada a sua sobrevivência biológica: advinha vazios os lugares que têm sido seus, os lugares que assinalara e que a haviam assinalado. Experimenta a solidão radical: morrerá só; ainda que alguém esteja presente, acompanhá-lo-á apenas enquanto viver, porque na, hora, apenas ela passará pelo ato de morrer; quem acompanha, permanece vivo e, ainda que morresse, morreria a sua própria morte, não a daquele que acompanha. Vive a questão nuclear da angústia existencial: que sentido tenho? Para que sou? Amassam-se em experiência de dor total estas dores que, sendo distintas, não são diversas e exigem uma consideração terapêutica global.* ”⁹⁷

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, cujo significado é “manto”, “capa”, que nos remete para os conceitos de cobertura, envolvimento, cuidado e atenção.

Anuímos com Sandra Pereira, quando esta refere que “ *de facto a filosofia subjacente aos cuidados paliativos é precisamente a de “encobrir” e aliviar os sintomas com os tratamentos adequados, que os eliminem ou diminuam, bem como o sofrimento que está associado ao processo de doença, e de “envolver” a pessoa doente e seus familiares com carinho, presença e atenção, acompanhando-os num processo de transição particularmente difícil.* ”⁹⁸

A OMS reconhece, em 2002, a importância dos Cuidados Paliativos e caracteriza este tipo de cuidados como uma abordagem que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam os problemas associados a doença grave e incurável, dando especial enfoque à prevenção e alívio do sofrimento, à identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.⁹⁹

A mesma organização considera os cuidados paliativos como uma prioridade nas políticas de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, tendo em consideração uma perspectiva de abordagem e apoio globais aos vários multifatoriais problemas dos doentes em fim de vida.

Twycross define Cuidados Paliativos como cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças terminais e às suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar no momento em que a doença já não responde aos tratamentos curativos que procuram prolongar a vida. O autor ainda nos revela que o desígnio fulcral dos cuidados paliativos integra a esperança, honestidade e abertura

⁹⁷ SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar; p.312; Porto: Edições Afrontamento

⁹⁸ PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*, p.25; Lisboa: Universidade Católica Editora

⁹⁹ WHO – programmes and projects cancer palliative cancer. URL:<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [acedido em 09/11/2012]

que recorrendo a uma comunicação apropriada, permitem relacionar três componentes fundamentais: o alívio de sintomas, o apoio psicossocial e a trabalho de equipa.¹⁰⁰

São cuidados ativos que cuja missão é ajudar a pessoa a viver tão ativamente quanto possível, constituindo uma resposta indispensável aos seus problemas.¹⁰¹

Salientamos pois, tal como defende Pereira que, “ um aspeto central emergente em todas as definições de “Cuidados Paliativos” (...) consiste no facto deste tipo de cuidados reclamar um modelo de cuidados holístico, centrado no doente.” ¹⁰²

Também Pacheco sustenta que os cuidados paliativos encaram o doente na sua unidade integral e os efeitos da doença sobre a pessoa na sua globalidade, preocupando-se com os aspetos físicos, e simultaneamente fornecer apoio psicológico e uma profunda sensibilidade e compreensão humanas.¹⁰³

Desta forma apenas adotando uma perspectiva que considera a pessoa doente como um todo é que se torna verdadeiramente possível aliviar o sofrimento e promover o bem-estar, a qualidade de vida e a dignidade da pessoa em fase terminal. Quando a cura se demonstra como impossível, o cuidar emerge com particular relevância.

Neste sentido, os profissionais devem assumir uma postura que revele presença, atenção, empatia e acompanhamento, para que assim seja possível maximizar o conforto, e a qualidade, auxiliando a pessoa a viver da melhor forma o tempo que ainda lhe resta.

Analisando o conceito de Cuidados Paliativos expresso na literatura, concluímos que se trata de uma concepção complexa que envolve variados elementos, dos quais se destacam a assistência integral ao ser humano com doença incurável e sua família, por uma equipa interdisciplinar que tem por objetivos o controlo de sintomas, o alívio do sofrimento e a maximização da qualidade de vida, preparando o doente e a família para uma morte digna. Esta nova abordagem em saúde, cujo paradigma assenta no cuidado e não na cura, adota por lema a belíssima fórmula da Dra. Thérèse Vanier “ *faça o que ainda falta fazer quando se acredita que já não há mais nada a fazer*”. ¹⁰⁴

Para os doentes em fase terminal o tempo que resta, deve ser vivido o melhor possível ou seja não aumentando dias à vida, mas vida aos dias.

¹⁰⁰ TWYLCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed., Lisboa: Climepsi

¹⁰¹ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – *Cuidados Paliativos: O que são?* [Em linha]. 2006. [Consult. 20 Março 2011]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>

¹⁰² PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*, p.28;Lisboa: Universidade Católica Editora

¹⁰³ PACHECO, S. (2004) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

¹⁰⁴ ABIVEM, M (2001) - *Para uma morte mais humana – Experiência de uma Unidade Hospital*. Lisboa: Lusodidacta

Desta forma defendemos a posição de Billings, quando expõe que os Cuidados Paliativos, se caracterizam por fazerem recurso a uma abordagem humanizada e “compreensiva” na avaliação das necessidades dos doentes e famílias, abrangendo todas as formas de sofrimento; se constituírem como cuidados dirigidos ao doente e à família que se estendem ao período de luto; terem como foco a promoção da qualidade de vida, o alívio e a prevenção do sofrimento dos doentes e suas famílias.¹⁰⁵

Também Neto comunga desta visão, e na sua perspectiva a prestação de cuidados paliativos, pressupõe seguir um conjunto de práticas a nível do controlo sintomático; apoio à família, comunicação adequada e trabalho em equipa.¹⁰⁶

Não se pode contemplar a situação dos doentes sem ter em conta a situação da sua família. Esta deve ser envolvida nos cuidados paliativos e as suas necessidades devem ser alvo da atenção dos profissionais de saúde. A assistência à família muitas vezes prolonga-se além da morte do seu elemento doente, ou seja, durante o luto. Nesta linha de pensamento, Twycross revela que “ (...) o apoio à família é parte integrante dos cuidados paliativos.”¹⁰⁷

Os cuidados paliativos devem ser prestados por equipas multidisciplinares e interdisciplinares que integrem vários profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc.

É importante que os profissionais de saúde assumam uma perspectiva humanista na sua prática, oferecendo o seu contributo específico para a definição do plano de cuidados mais adequado para o doente terminal e para a sua família.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz é essencial nos cuidados de saúde em fim de vida, quer entre profissionais de saúde e pacientes, quer com as famílias e dentro da própria equipa prestadora de cuidados. Implica tempo, compromisso e vontade sincera de ouvir e compreender as preocupações do doente, da família e dos colegas. A comunicação verbal e não-verbal adequada é uma medida terapêutica que, reduz a ansiedade, proporciona partilha de sofrimento e permite ao doente e à sua família participarem nos cuidados e decisões.¹⁰⁸

¹⁰⁵ BILLINGS, J. Andrew (2002) : *Definitions and Models of Palliative Care*. p. 635-646; In: BERGER A.M.; PORTENY R.K.; WEISSMAN D.E. *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

¹⁰⁶ NETO, I. (2003). *Cuidados em fim de vida*. *Revista Xis. Xis ideias para mudar*, 189, 6-9. Acedido em Agosto 15, 2011, em <http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/pdfs/revista-xis.pdf>.

¹⁰⁷ TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed.p.54, Lisboa: Climepsi Editores

¹⁰⁸ CHERLIN, E; FRIED, T; PRINGERSON, H et al (2005): *Communication between physician and family about care at the end of life: when do discussions occur and what is said?*. *Rev. J. Palliative Medicine*; 8 (6): 1176-1185.

Neste sentido, como postulam Barbosa e Neto, a comunicação adequada, refere-se a *“um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-percetuais (acústicos, visuais, olfativos, tácteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra. Implica a adaptação a uma realidade em constante mudança – com avanços, retrocessos, significados, envolvendo o doente, a família e a equipa de cuidados paliativos, capaz de nos conduzir a uma relação interpessoal autêntica – ponto-chave para atender, (...), todas as dimensões de uma pessoa doente e em sofrimento”*.¹⁰⁹

Salientando que a comunicação é um dos pilares em Cuidados Paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento, na angústia e no controlo de sintomas associados a doença avançada e terminal, deve ser eficaz, dependendo de variáveis como formação sistematizada, treino a experiência dos profissionais de saúde.

Para Robert Twycross, *“a verdade é um dos agentes terapêuticos mais poderosos que temos ao nosso dispor, mas temos ainda que desenvolver uma compreensão adequada da sua farmacologia clínica e reconhecer a posologia ótima para a sua administração. De igual modo, necessitamos de compreender os metabolismos intimamente associados entre a esperança e a negação”*. Neste sentido, o autor pondera que os objetivos de uma comunicação terapêutica e eficaz pretendem minimizar a incerteza, melhorar os relacionamentos e apontar ao doente e a sua família o melhor caminho.¹¹⁰

Para finalizar pensamos que acompanhar as pessoas em fim de vida constitui-se sempre como um desafio ético, uma vez que a intervenção dos profissionais de saúde junto destes doentes permite a reflexão sobre variados aspetos, perspetivando um desempenho de qualidade, no qual a competência, os conhecimentos, a partilha de valores e o respeito pela pessoa humana devem ser uma prioridade na conjugação de diligências que garantam a pessoa com doença e a sua família o melhor bem-estar possível.

Por outro lado o fim da vida constitui-se como uma etapa altamente desafiadora, sendo que os profissionais de saúde devem assumir-se como ser-com-o-outro que está a morrer, através da excelência do cuidar. Compreender o sofrimento e o fim do outro é entender o seu próprio sofrimento, a seu fim e o seu sentido de vida enquanto profissionais e pessoas humanas.

¹⁰⁹ BARBOSA, A. e NETO, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*, p.358, Lisboa: FML – Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética

¹¹⁰ TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed.p.37, Lisboa: Climepsi Editores

4. Profissionais que Cuidam de Doentes Terminais: Uma Experiência entre a Vida e a Morte

4.1 Os Profissionais de Saúde e o Desafio de Cuidar de Doentes Terminais

No nosso último capítulo, dissertamos sobre os profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais.

Para estes profissionais os cuidados em fim de vida afiguram-se muito exigentes relativamente às competências e habilidades, uma vez que, como seres sociais e culturais que são, recebem a influência da sociedade e dos valores que foram assimilando ao longo das suas vidas.

Essa herança cultural pode influenciar o modo como lidam com a morte e com os que estão a morrer, causando grande impacto emocional, incertezas, insegurança, ansiedade e medo, modificando as suas posturas e a forma como cuidam desses doentes e das suas famílias.¹¹¹

Por outro lado Teresa Andrade, expõe que podem surgir outros aspetos desgastantes decorrentes da necessidade e responsabilidade da prestação de cuidados de índole muito especializada, tais como trabalhar um número excessivo de horas, trabalhar por turnos rotativos, ter que estar permanentemente atualizado no que respeita à complexidade tecnológica e farmacológica associada ao cuidar, entre outros.

A mesma autora recorrendo a Sabo, alerta para a importância de se reconhecer o desgaste provocado pelo cuidar de pessoas em fim de vida e em sofrimento e suas consequências a nível físico e psicológico nos profissionais de saúde. Estes profissionais sofrem frequentemente de stress traumático secundário ou fadiga por compaixão.

Com base na investigação de Goodkin et al. Andrade alerta que existe uma diminuição da eficiência das respostas imunológicas a infeções e um aumento da probabilidade de uma situação clínica existente piorar, em profissionais de saúde que estão em contacto íntimo com a morte e expostos frequentemente a perdas.¹¹²

¹¹¹ SAPETA, P. & LOPES, M. (2007). *Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo enfermeiro doente*. Revista Referência II série, 4, 35-57. Acedido a Julho 25, 2009, Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=15&id_rev=4&id_edicao=4.

¹¹² ANDRADE, Teresa (2007) – *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*, pág. 208. Acedido a 30.01.2013 Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/975/1/16424_Tese_Teresa_Andrade_versfinal.pdf

Desta forma Twycross, defende que existem vários fatores desencandadores de stress nos profissionais de saúde, tais como:

- Comunicação de más notícias;
- Adaptação ao insucesso da cura médica;
- Exposição repetida à morte de pessoas, com as quais se estabeleceu uma relação;
- Envolvimento em conflitos emocionais;
- Absorção de cólera e mágoa expressa pelo doente e pela família;
- Manter um papel obscuro na equipa de cuidados;
- Desafios ao sistema de crença pessoal;
- Idealismo pessoal.¹¹³

Feytor Pinto afirma que são quatro, as sensações que o profissional revela perante o doente em fase terminal:

- “ A sensação de fracasso (ter-se-ia o doente salvo noutras condições? Será que a assistência foi a melhor? Será que tudo foi feito?);
- A sensação de espelho ou projeção (fá-lo imaginar-se a si próprio com uma situação idêntica, preferindo afastar-se para não ter de enfrentar o problema);
- A sensação de pudor (fá-lo pensar que é bom deixar o doente só, uma vez que ele está a viver o momento mais importante da sua vida e não deve ser perturbado na sua relação com os valores, filosofias ou crenças que marcaram a sua vida);
- A sensação de mistério (fá-lo percorrer fantasias intelectuais sobre a morte, e sente o peso das contradições, deixando o doente sozinho com o problema...)”.

Na visão deste autor é fulcral vencer estas sensações, para que seja possível prestar cuidados com qualidade e conforto ao doente em fim de vida.¹¹⁴

Neste sentido tal como indica Sagehomme “ *o contato com a doença, o sofrimento e a morte faz surgir no assistente, emoções ou sentimentos: esta componente psíquica ou afetiva intervém na carga de trabalho e pode tornar este doloroso*”. Destaque-se pois, que as situações que podem ser fonte de carga psíquica resultam da relação do profissional com o doente, da sua inquietação, do seu sofrimento, da sua morte; do contato com a família do doente e com as diversas reações que esta pode apresentar; da

¹¹³ TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed.p.37, Lisboa: Climepsi Editores

¹¹⁴ FEYTOR, PINTO, V. (1991) – *Entre a vida e a morte, a razão da esperança*. Revista Servir Vol. 39, nº1 Jan./Fev., p.14-15

insuficiência da sua formação, dificuldades ao nível da comunicação e do confronto com a ética e deontologia inerente ao seu exercício profissional.¹¹⁵

Deste modo quando as situações de stress dos profissionais de saúde que lidam com doente em fim de vida, não são resolvidas, pode surgir o burnout.

No entanto acreditamos que o cuidar em fim de vida, como experiência complexa e profunda que é, encerra em si uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Twycross defende que cuidar de alguém em fase terminal tem aspetos recompensadores como por exemplo conseguir aliviar os sintomas; facilitar a adaptação psicológica; pertencer a uma equipa de apoio; inspirar-se nos doentes e nas famílias e desenvolver-se profissional e pessoalmente.¹¹⁶

Para que tal aconteça existem estratégias a que o profissional pode recorrer tais como enfrentar a sua própria mortalidade; enfrentar as limitações próprias pessoais e profissionais; lidar honestamente com as emoções; enfrentar o desafio das próprias crenças; aprender a estar com o doente e não só a prestar-lhe serviços.¹¹⁷

Cuidar de doentes em fim de vida desafia os profissionais de saúde a vivenciar e a ter presente o carácter finito da vida. Tal situação pode ser eventualmente geradora de stress, no entanto a pessoa em fim de vida ensina-nos a conhecer o valor da vida, bem com a ter consciência da sua efemeridade, permitindo assim dar sentido a cada momento que passa, tornando-os únicos e preciosos. Tal como indica Hennezel “*os que não morrer ensinam-nos a viver.*”¹¹⁸

4.2. Os Profissionais de Saúde e a Morte

Nas últimas décadas tem-se verificado um interesse crescente da comunidade científica em explorar as questões suscitadas pela forma como os profissionais encaram a morte e seu impacto nas suas vidas.

Limonero Garcia, num estudo cujo objetivo da investigação era compreender as emoções presentes em profissionais de saúde que cuidavam de doentes terminais e lidavam com a morte frequentemente, postula que estes profissionais tinham que enfrentar os medos dos doentes e das suas famílias, mas também os seus próprios receios. Assim, chegou à conclusão que existem

¹¹⁵ SAGEHOMME, D. (1997) – *Por um trabalho melhor: guia de análise das condições de trabalho em meio hospitalar* p. 55: Coimbra. Formasau

¹¹⁶ TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed., Lisboa: Climepsi Editores

¹¹⁷ TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed., Lisboa: Climepsi Editores

¹¹⁸ HENNEZEL, M (1993) – *Diálogo com a morte*. 3ª Edição, Lisboa. Noticias Editorial

diversas causas que têm impacto emocional nas equipas de profissionais de saúde, favorecendo a manifestação de stress ocupacional. Segundo o autor, estas causas estão relacionadas com as características dos doentes e seus familiares; com a trajetória da doença; com o ambiente de trabalho e com os papéis profissionais.

Este autor referencia como primordiais manifestações físicas, comportamentais e psicológicas decorrentes do stress profissional: a fadiga constante, os problemas gastrointestinais, cefaleias, algias a nível muscular, distúrbios alimentares como anorexia, insónia, conflitos no trabalho, dificuldades em tomar decisões, ira, irritabilidade, frustração, insegurança, dedicação extrema, absentismo, entre outras. Neste sentido o profissional encontra-se submerso numa enorme tensão produzida pela iminência da morte dos doentes e pelas condições de trabalho, o que se pode transformar numa vivência de grande sofrimento, e ter um impacto negativo no seu estilo de vida e saúde.¹¹⁹

Queirós verificou que, aquando da perda de um doente, alguns médicos e enfermeiros tinham necessidade de apoio para, novamente conseguirem voltar a prestar cuidados a pacientes em estado terminal, tendo em consideração o processo de luto a que estavam continuamente expostos.

Num estudo de revisão da literatura, Paula Sapeta e Manuel Lopes concluíram que na interação profissionais-doentes, intervêm fatores inerentes às dimensões pessoais e profissionais de cada um dos intervenientes, que são influenciados por variáveis que do contexto e cultura hospitalar e social. Desta forma, alguns estudos evidenciam que as estratégias que os profissionais de saúde incrementam têm o potencial de minimizar ou maximizar os efeitos adversos duma cultura organizacional.¹²⁰

Assim a experiência profissional pode ser um elemento relevante no que concerne às perspetivas e atitudes perante a morte. Lester, numa investigação num grupo de enfermeiros encontrou correlações significativas e negativas entre o número de anos de experiência e os valores de medo da morte.¹²¹

Num outro estudo, Dunk constatou que o número de anos de experiência profissional constituía-se como um dos melhores preditores das atitudes positivas no que respeita à morte.¹²²

¹¹⁹ LIMONERO GARCIA, J. T. (1996). *El fenomeno de la muerte en la investigacion de las emociones*. *Revista de psicologia geral y aplicada: Revista de la Federación Espanola de Asociaciones de Psicologia*, 49 (2), 249-265, acedido em 12.03.2013 em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>

¹²⁰ QUEIRÓS, M. J. (1999). O luto. In PORTELA, L. e NETO, I. (coord.). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa. Permanyer Portugal

¹²¹ LESTER, D. (1972) Studies on death attitudes. *Psychological Reports*:30:440

¹²² DUNK, K., OTTEN, C. e STEPHENS, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97-104.

Por outro lado a formação parece ter um papel determinante na forma como os profissionais de saúde lidam com a morte e com o doente terminal.

No entanto, Ana Paula Sapeta revela-nos na introdução da sua investigação que “*as atitudes e competências para lidar com a agonia e morte, ocupam um lugar quase insignificante na formação de médicos, enfermeiros e outro pessoal de saúde, ainda que sejam justamente estes grupos profissionais que com mais frequência enfrentam a morte*”.¹²³

A introdução da educação e pedagogia para a morte é na nossa visão fundamental. Concordamos com Barros de Oliveira quando afirma “*se é natural morrer, porque não há-de ser natural educar (se) sobre a morte e para a morte, falar da morte, própria e alheia, e ensinar (e apreender) a bem viver e a bem morrer? Não será possível uma pedagogia da morte, que poderíamos denominar educação tanatológica? (...) A educação tanatológica pode dar a verdade sobre o homem, sobre a grande beleza e dignidade da vida, mas também sobre a sua fragilidade e mortalidade.*”¹²⁴

Neste sentido, João Macedo, na investigação que fez na sua tese de mestrado, apela à introdução do tema da morte nos currículos escolares, como assunto transversal, desde o primeiro ciclo. O autor defende que assim, seria possível ajudar a integração da morte desde as idades mais precoces. No que respeita aos profissionais de saúde, o autor pensa ser indispensável aumentar a carga horária de formação sobre esta temática nos planos de estudos dos cursos dos profissionais de saúde, já que ainda é uma relevante lacuna na formação dos novos profissionais.¹²⁵

Corroborando a importância da formação na área da morte, apresentamos o estudo que se segue. Com o objetivo de compreender se uma preparação para profissionais de saúde com especificidade para lidar com a morte e o sofrimento, poderia diminuir o nível de esgotamento profissional e simultaneamente melhorar a qualidade da relação ao doente e à família, foi desenvolvida uma investigação com 150 profissionais de saúde que cuidavam de doentes em fim de vida, quer em unidades de cuidados paliativos, quer noutras unidades.

Antes desta formação foram referidas pelos profissionais de saúde como principais dificuldades lidar como o sofrimento intenso e o sentimento de impotência, e com frequência os participantes recorriam a mecanismos de fuga perante o doente.

¹²³ SAPETA, A. P. G. A. (2003). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 7, 24-35, p.25

¹²⁴ OLIVEIRA DE BARROS, José – *Filosofia da educação e pedagogia da morte*. p. 476 Acedido em 22.01.2013, Disponível em : <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/6233.pdf>

¹²⁵ MACEDO, J. C. G. M. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte*. Dissertação de Mestrado em Educação da Universidade do Minho. Acedido a 08.01.2012, Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/947/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20-%20Jo%C3%A3o%20Carlos%20Macedo-%20A%20CIDALIA%20FRIAS%80%A6.pdf>.

Também foram mencionadas dificuldades ao nível da comunicação como por exemplo não saber o que dizer ao doente, não saber lidar com os silêncios numa conversação e ainda foram revelados sentimentos de incongruência interna tais como falta de tempo para prestar cuidados de qualidade, não controlar as suas próprias emoções na presença do doente.

A formação proposta que se intitulava “Vida e Morte, a mesma Preparação” estava repartida em dois módulos: um primeiro tentava facilitar uma introspeção e reflexão sobre a angústia da morte e questões existenciais bem como qualidade dos relacionamentos pessoais; o significado das suas vidas; os mecanismos de coping utilizados quando confrontados com o sofrimento, o desconhecido e a visão do seu envelhecimento físico. O segundo módulo abordava a comunicação e a relação de ajuda com o doente terminal.

Foram preenchidos questionários antes e após quatro meses da formação, para avaliar o nível de esgotamento profissional, o bem-estar pessoal e a qualidade da relação de ajuda. Também foram realizadas perguntas qualitativas a todos os participantes e foram gravadas 26 entrevistas.

Registou-se então uma melhoria significativa ao nível do sentimento de realização pessoal; relações pessoais e bem-estar pessoal; autoconfiança perante as adversidades da vida e doença; aceitação incondicional do doente e sua família; capacidade de empatizar com o doente e congruência interior na relação de ajuda.

Por outro lado, verificou-se uma diminuição dos mecanismos de fuga perante o doente; redução do esgotamento profissional e diminuição das atitudes de distanciamento, despersonalização e impaciência com o doente e família.

Da análise qualitativa, os resultados revelaram que os profissionais manifestaram o benefício de partilharem experiências comuns; maior confiança nas suas capacidades de prestar cuidados ao doente; uma melhor relação de trabalho dentro da equipa e um aumento de conhecimentos no que respeita ao apoio existencial do doente em fim de vida.¹²⁶

¹²⁶ MELO, C. (2009) – *Psycho- existential training for health care workers improves patients care and reduces burnout*. Póster apresentado no 11º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, Acedido a 01.03. 2013 Disponível em http://www.amara.pt/amara/ligacoes/carol/poster_a4.pdf

4.3. Os Profissionais de Saúde, a Vivência da Espiritualidade e o Bem-Estar Espiritual

Dos aspetos anteriormente evidenciados constatamos pois, que os cuidados a doentes terminais e a relação íntima com a morte, daqui decorrente requer uma maturidade pessoal e profissional que poderá ser adquirida através de formação e de técnicas de apoio que possam fornecer aos profissionais de saúde estratégias e competências para lidarem com estas situações.

Contudo, a reflexão sobre a morte, faz emergir questões que se ligam ao sentido da vida, ao bem-estar, ao sentido da doença e do sofrimento, e aos valores enquanto pessoa. Assim, impõe-se perceber como vivenciam os profissionais de saúde a Espiritualidade, dando especial ênfase ao constructo do Bem-Estar Espiritual.

Tal como verificamos em capítulos anteriores, a espiritualidade tem sido encarada por diversos autores como uma dimensão central da conduta humana, susceptível de instituir um foco de aprendizagem importante para um desenvolvimento humano mais harmonioso e integral.

Neste sentido assumimos a mesma posição que Delgado, quando este assevera que, a existência de uma forte consciencialização do indivíduo no que respeita à sua dimensão Espiritual pode ter reflexos para o desenvolvimento da auto percepção relativamente à satisfação com a Vida, e também constituir um valioso recurso para um Cuidar Holístico.¹²⁷

Apesar dos estudos científicos no que se refere ao campo da espiritualidade terem ganho grande relevo nas últimas décadas, tal como afirmam Shane Sinclair et al., pouco se sabe sobre a forma como os profissionais de saúde vivenciam a espiritualidade.¹²⁸ Da pesquisa bibliográfica que fizemos, verificamos que a maioria dos estudos se centraliza na forma com o doente experiencia a sua espiritualidade ou colocam a tónica nos cuidados espirituais. E no entanto, consideramos extremamente importante compreender a vivência da espiritualidade do ponto de vista dos profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que cuidam em fim de vida, e de que forma é que isso se reflete na sua vida pessoal e profissional. Neste âmbito encontramos alguns estudos que julgamos aflorar estas questões e que nos permitiram abrir caminho para a nossa própria investigação.

Deste modo, destacámos os trabalhos de Shane Sinclair et al que, desenvolveram uma investigação em que se explora a espiritualidade coletiva de uma equipa de cuidados paliativos interdisciplinar,

¹²⁷ DELGADO, Cheryl (2005) – A Discussion of the Concept of Spirituality. Nursing Science Quaterly, Vol. 18, n.º 2, April. p. 157-162

¹²⁸ SINCLAIR, S; RAFFIN, S ; PEREIRA, J, GUEBERT, N (2006) - *Collective soul: the spirituality of an interdisciplinary palliative care team*. Palliative & Supportive Care, 4 (1):13-24

cujos objetivos eram compreender como é os profissionais olhavam sua própria espiritualidade, se havia um sentimento comum de uma espiritualidade da equipa e de que forma é que encaravam cuidados espirituais. O estudo foi conduzido numa unidade de cuidados paliativos dum grande hospital de agudos e num centro para doentes com cancro. Foi utilizada uma abordagem qualitativa autoetnográfica, com a participação de 20 indivíduos.

No que respeita aos resultados, inicialmente, os participantes esforçaram-se para definir a espiritualidade. Relacionaram a espiritualidade com conceitos de integridade, inteireza, propósito e sentido de vida. Para muitos, a espiritualidade é inerentemente relacional.

Alguns reconheceram a transcendência como um elemento de espiritualidade. Esta foi descrita como presente no cuidar, manifestando-se em pequenos atos diários de bondade e de amor. Os cuidados paliativos apresentam-se como um catalisador para o desenvolvimento da espiritualidade dos membros da equipa. Para alguns participantes, os cuidados paliativos representavam um chamamento espiritual.

A espiritualidade coletiva decorre de objetivos comuns, valores e sentimentos de pertença. Neste sentido, para o autor, este foi o primeiro estudo conhecido que incidiu especificamente sobre a exploração de uma espiritualidade coletiva. A cultura de cuidados paliativos parece promover a reflexão espiritual entre os profissionais de saúde, quer individualmente, quer coletivamente. Apesar de a espiritualidade ser um fenómeno difícil de descrever, traduziu-se numa experiência compartilhada, muitas vezes de forma tangível presente na prestação de cuidados em todos os níveis.¹²⁹

Outro estudo desenvolvido, pelo mesmo investigador e que envolvia profissionais de saúde que trabalhavam em cuidados paliativos, cujo objetivo era perceber de que forma a morte dos pacientes afetava o seu trabalho e vida pessoal, revelou que o cuidar de doentes em fim de vida constituía uma oportunidade única para eles próprios, descobrirem o sentido da vida através dos ensinamentos dos seus pacientes, assim como para incorporar estes novos conhecimentos nas suas vidas. Apesar da sociedade ocidental ser descrita como uma cultura que nega a morte, o estudo demonstrou que os participantes sentem que sua exposição frequente à morte e ao morrer é largamente positiva, reforçando o significado do presente e o interesse sobre a continuidade da vida e fortalecendo uma sensação de bem-estar. Os profissionais de saúde realçaram que estar perto de

¹²⁹ SINCLAIR, S; RAFFIN, S ; PEREIRA, J, GUEBERT, N (2006) - *Collective soul: the spirituality of an interdisciplinary palliative care team*. Palliative & Supportive Care, 4 (1):13-24

peças moribundas, lhes permitiu ter uma melhor compreensão do significado da vida, ajudou-os a se tornarem mais espirituais e a lidar melhor com a sua própria mortalidade.¹³⁰

McGrath e Kearsley num artigo que referenciava a investigação de Sinclair acima descrita, referem, que as suas conclusões alteram as concepções que relatavam o cuidado a doentes terminais como uma experiência mórbida e negativa. No entanto, revelam que estas conclusões advêm dum grupo de profissionais de saúde cuja forma como encaravam a espiritualidade e o sentido de si mesmos lhes permitia atingir aquela forma de estar. A filosofia dos Cuidados Paliativos de certo modo, promovia uma reflexão interior que permitia aos profissionais aquela maturidade.¹³¹

Também Carroll, desenvolveu uma investigação com o objetivo de explorar o significado de Espiritualidade e do Cuidado Espiritual num grupo de enfermeiros, quer a nível pessoal como profissional. A amostra era constituída por 15 enfermeiros com experiência na prestação de cuidados a nível de asilos e albergues no Reino Unido. Foi utilizada uma abordagem heurística e fenomenológica.

Na análise dos resultados a autora referiu dois temas no que respeita à natureza da Espiritualidade, a saber: a espiritualidade e a alma e a espiritualidade como uma interconexão como o próprio, com Deus, com o outro e com o universo. O termo espiritualidade foi definido tendo em consideração com as crenças filosóficas, religiosas ou não, expressas por cada uma das enfermeiras participantes. Palavras como alma, essência, núcleo foram frequentemente utilizadas. As enfermeiras identificaram espiritualidade como sendo algo que é único e individual, por vezes privado ou pessoal e no entanto fazendo parte de uma Entidade Total ou Global. Associaram igualmente o termo, a sentimentos, pensamentos pessoais e a estar ligado a outros, a Deus e ao Universo.

No que concerne ao segundo tema, o termo espiritualidade foi igualmente definido como algo mais do que uma simples expressão religiosa. A espiritualidade circunscreve o relacionamento com o outro e com o mundo que nos rodeia e para algumas participantes, constitui uma parte do relacionamento com Deus e com o Universo. A espiritualidade encontra-se entranhada em todos os aspetos que descrevem o Ser Humano enquanto tal; é uma parte do todo. Ela impregna todos os aspetos do nosso SER e está intimamente ligada com o nosso relacionamento para com os outros e o mundo. A consciencialização da espiritualidade não é algo de estático, revela-se antes como um processo dinâmico que se vai alterando com o passar do tempo – e das experiências – ao longo da vida. A espiritualidade pode-se expressar quer através de rituais religiosos, como por atividades não

¹³⁰ SINCLAIR, S (2011) - Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals, CMAJ : Canadian Medical Association Journal , 183(2):180-187

¹³¹ McGrath P. & KEARSLEY J. (2011) Commentary: Caring for the dying – a significant professional issue for medicine. Canadian Medical Association Journal, February 8th, 183 (2):169-170

religiosas, como ouvir música, procurando um lugar tranquilo ou estando em harmonia com a natureza.¹³²

Por sua vez, Teresa Andrade, realizou uma investigação no âmbito do seu doutoramento, que teve como principal objetivo verificar qual o impacto que a exposição ocupacional à morte podia ter nas atitudes perante a morte em profissionais de saúde, e também compreender como é que o constructo do sentido de vida podia atuar enquanto fator de proteção deste impacto e como preditor dos níveis de ansiedade e depressão citados pelos profissionais.

A amostra constitui-se por 281 profissionais de saúde com formação em áreas diferentes. Deste modo, a autora aplicou as versões portuguesas dos seguintes instrumentos: Death Attitude Profile Revised (DAP-R, Wong, Reker e Guesser, 1994), o Purpose in life test (PIL, Crumbaugh e Maholik, 1964), e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond e Snaith, 1983). Os resultados encontrados revelaram que um elevado sentido de vida protegia os profissionais de saúde, de atitudes negativas perante a morte assim como de sintomas angodepressivos, sendo esta proteção especialmente notória em situação de maior exposição à morte. Assim, a existência de um propósito ou sentido de vida estruturado parece revelar-se como um dos elementos que mais protege os profissionais, do sofrimento psicológico que advém do desgaste decorrente do contato íntimo com a morte dos doentes e também se traduzem numa redução expressiva de atitudes negativas perante a morte.¹³³

Outro estudo que consideramos interessante foi o desenvolvido por Simões, Kluppel e Sousa, cuja proposta era correlacionar o Bem-Estar Espiritual e a síndrome de Burnout em psicólogos que trabalhavam em hospitais públicos. A amostra era constituída por 92 psicólogos, foram utilizados a escala de Bem-Estar espiritual, o Inventário de Burnout e Questionário de dados sociodemográficos. As análises estatísticas foram feitas no programa SPSS. Houve correlações positivas entre o Bem-Estar Religioso, Existencial e Espiritual em relação à Baixa Realização Profissional; e correlações negativas entre o Bem-Estar Existencial e Espiritual em relação à Exaustão Emocional e Despersonalização. Os resultados sugerem que a Síndrome de Burnout é uma doença desenvolvida no mundo laboral e o Bem-Estar Espiritual parece ser um fator que previne e ajuda a enfrentar o Burnout.

Os resultados apontaram para a utilização da espiritualidade como uma dimensão que permite aos profissionais encontrarem sentido nas suas atividades e superarem as dificuldades, corroborando

¹³² CARROLL, B. (2001) - *A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care*. Mortality, Mar; 6(1):81-98.

¹³³ ANDRADE, Teresa (2007) – *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*,. Acedido a 30.01.2013 Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/975/1/16424_Tese_Teresa_Andrade_versfinal.pdf

com outros estudos que sugerem que espiritualidade e saúde estão caminhando cada vez mais unidas no processo de enfrentamento das doenças. Os psicólogos, devido à particularidade de suas atividades, necessitam estar atentos à sua saúde física, mental e espiritual. Nesse caso, faz-se necessário reconhecer a espiritualidade enquanto recurso de promoção da saúde, na formação e no exercício da profissão.¹³⁴

Desta forma concluímos o enquadramento teórico a que nos propusemos. Segue-se a segunda parte do nosso trabalho, dedicada ao trabalho de investigação, propriamente dito.

¹³⁴ SIMÕES, A; KLLUPEL, B. E SOUSA, S. (2012): *Bem-Estar Espiritual e Síndrome de Burnout em Psicólogos de Hospitais Públicos em João Pessoa/PB*, Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial 1 (2), 192- 202. Acedido em 30.01.13 em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/14240/9044>

II PARTE

5. METODOLOGIA

Nos capítulos anteriores, dedicados à revisão da literatura, foi nossa intenção clarificar e aprofundar os conceitos em estudo. A investigação científica é o método de aquisição de conhecimentos mais rigoroso e o mais aceitável, já que os seus pilares assentam num processo racional. Devemos ter em consideração que o que a distingue de outras metodologias, é que pode ser corrigida de acordo com a sua progressão como pode negar ou corroborar tudo o que ela propôs. Esta metodologia de aquisição de conhecimentos tem inerente um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos.

Segundo Fortin, durante a fase metodológica o investigador seleciona os métodos a que vai recorrer, para desta forma, obter respostas às questões de investigação formuladas. Torna-se fundamental, escolher um desenho de estudo apropriado, definir a população, eleger os instrumentos da colheita de dados, entre outros. Estas etapas são cruciais, já que vão influenciar a qualidade e fiabilidade dos resultados obtidos.¹³⁵

Desta forma, este capítulo dedica-se à metodologia de investigação, compreendida como a operacionalização do método, através de processos e técnicas utilizados, para atingir os objetivos traçados para o presente estudo de investigação. Assim, as questões metodológicas marcam esta segunda parte do nosso trabalho e será dividida em dois capítulos distintos.

Num primeiro capítulo, iremos proceder ao enquadramento metodológico, onde abordaremos a problemática, objetivos e hipóteses do estudo, a metodologia escolhida, as técnicas de recolha de dados e tratamento de dados; num segundo capítulo, exporemos os resultados e a sua análise.

5.1. Questões de Investigação, Objetivos e Hipóteses

Da nossa pesquisa bibliográfica, assim como da nossa experiência empírica enquanto profissional de saúde emerge a convicção de que lidar com o doente em fim de vida é uma tarefa complexa, singular e exigente. Quando já se sabe que a doença venceu a batalha cabe aos profissionais de saúde confortar e cuidar, garantindo que a pessoa doente sofra o menos possível, maximizando a sua qualidade de vida até ao fim. A experiência muitas vezes desarmante de prestar cuidados a doentes terminais, destapa o véu da efemeridade e da vulnerabilidade humana e a forma como cada profissional perspectiva a morte pode afetar a relação que estabelece com os doentes, com os seus pares e consigo próprio.

¹³⁵ FORTIN M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*: Lusociência, Lisboa

Na nossa óptica os profissionais de saúde devem interrogar-se constantemente. Questionar, refletir e compreender o sofrimento do outro, implica em última instância compreender o seu próprio sofrimento, a sua finitude e o seu sentido para a vida enquanto pessoas humanas. A espiritualidade pode ser uma via para o autoconhecimento, para o bem-estar e para ajudar a pessoa a consolidar o seu sentido de vida, bem como para ajudar a encarar a morte como um processo natural, inerente à vida. Por sua vez, o bem-estar espiritual, surge numa perspectiva holística da saúde, considerando-a numa perspectiva relacional, em diferentes dimensões, o BEE aborda a espiritualidade de forma ampla (muito além da religião).

Neste sentido, foi nossa intenção investigar as diversas perspetivas sobre a morte dos profissionais que cuidam em fim de vida, bem como estudar o constructo do bem-estar espiritual nestes profissionais. Também a experiência profissional e a formação específica em cuidados paliativos poderão eventualmente exercer alguma influência conceitos designados. Por último gostaríamos de compreender como se relacionam as perspetivas de morte e o bem-estar espiritual dos profissionais que cuidam em fim de vida.

Foi neste contexto que surgiram as questões de investigação do nosso trabalho. As questões de investigação são os sustentáculos sobre as quais assentam os resultados de uma investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que normalmente incluem uma ou duas variáveis assim como a população estudada.¹³⁶

De acordo com Pais-Ribeiro, as questões de investigações e as hipóteses são elementos fulcrais da investigação e marcam não só o seu início como também o seu curso.¹³⁷

Neste sentido para o nosso estudo foram definidas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Que perspetivas sobre a morte têm os profissionais que cuidam de doentes em fim de vida?
- ✓ Quais os níveis bem-estar espiritual destes profissionais?
- ✓ A experiência profissional pode influenciar as perspetivas de morte e o bem-estar espiritual dos profissionais que cuidam em fim de vida?
- ✓ A formação específica em Cuidados Paliativos pode influenciar as perspetivas de morte e o bem-estar espiritual dos profissionais que cuidam em fim de vida?
- ✓ Como se correlacionam as perspetivas de morte e o bem-estar espiritual dos profissionais que cuidam em fim de vida?

¹³⁶ FORTIN M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*: Lusociência, Lisboa

¹³⁷ PAIS-RIBEIRO, José (1999) – *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 152 p. ISBN 972-8449-44-5

Deteremos agora a nossa atenção nos objetivos que traçamos. Para Fortin, o objetivo de um estudo tem como missão indicar o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Para o presente estudo definiram-se os objetivos que se seguem.¹³⁸

Objetivo I: Analisar as diferentes perspectivas de morte num grupo de profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais.

Objetivos Específicos:

- ✓ 1.1 Verificar se existem diferenças nas perspectivas de morte tendo em conta o sexo dos indivíduos.
- ✓ 1.2 – Analisar se existem diferenças nas perspectivas de morte tendo em consideração os vários grupos profissionais.
- ✓ 1.3 – Verificar se existem diferenças nas perspectivas de morte em função dos anos de exercício profissional.
- ✓ 1.4 – Determinar se existem diferenças nas perspectivas de morte em relação à formação específica em Cuidados Paliativos.

Objetivo II: Analisar os níveis de Bem-Estar Espiritual num grupo de profissionais que cuidam de doentes terminais.

Objetivos Específicos:

- ✓ 2.1 – Analisar se existem diferenças nos níveis de BEE tendo em conta o sexo dos indivíduos.
- ✓ 2.2 – Determinar se existem diferenças nos níveis de BEE tendo em consideração os vários grupos profissionais.
- ✓ 2.3 – Averiguar se diferenças nos níveis de BEE em função dos anos de exercício profissional.
- ✓ 2.4 – Determinar se existem diferenças nos níveis BEE em relação à formação específica em Cuidados Paliativos

¹³⁸ FORTIN M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*: Lusociência, Lisboa

Objetivo III: Analisar a correlação entre as diferentes perspectivas de morte e os níveis de BEE num grupo de profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais.

- ✓ **3.1** - Examinar a relação entre os resultados obtidos pelos profissionais de saúde que cuidam em fim de vida em termos de perspectivas de morte; e os resultados dos níveis de bem-estar espiritual

Partindo dos objetivos estabelecidos e da revisão bibliográfica que fizemos foram estabelecidas as seguintes hipóteses. A hipótese pode ser vista como uma predição dos resultados esperados, atuando como fio condutor do processo de investigação. Deste modo, pode ser encarada como uma tentativa provisória de explicação da relação entre as variáveis.¹³⁹

Objetivo I

- ✓ **H.1.1** - Prevê-se que os profissionais de saúde de sexo masculino apresentam perspectivas de morte mais negativas como sofrimento e solidão, abandono e fracasso, do que os de sexo feminino.
- ✓ **H.1.2** – Prevê-se que os profissionais de saúde com menos anos de experiência profissional apresentam perspectivas sobre a morte mais negativas.
- ✓ **H.1.3** – Espera-se que existam diferenças na forma como cada classe profissional perspectiva a morte.
- ✓ **H.1.4** - Espera-se que a formação em cuidados paliativos tenham um impacto positivo nas perspectivas de morte mais negativas.

Objetivo II

- ✓ **H.2.1** - Prevê-se que existam diferenças entre os profissionais de saúde de sexo masculino e o sexo feminino no que respeita ao BEE.
- ✓ **H.3.2** – Espera-se que existam diferenças nos níveis de BEE de cada classe profissional
- ✓ **H.3.3** – Prevê-se que os profissionais de saúde com mais experiência profissional tenham níveis de BEE mais elevados.

¹³⁹ POLIT Denise F; HUNGLER, Bernadette (2000) – Investigación Científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. 6ª ed. Mexico: McGraw-Hill, 715 p. ISBN 0-7817-1562-8

- ✓ **H.3.4** - Espera-se que a formação em cuidados paliativos tenham um impacto positivo nos níveis de BEE dos profissionais que cuidam em fim de vida.

Objetivo III

- ✓ **H.3.1**- A perspectiva da morte como sofrimento e solidão, abandono e fracasso estão relacionadas com um bem-estar espiritual mais baixo.
- ✓ **H.3.2**- A perspectiva da morte como algo natural e como coragem está relacionada com níveis de bem-estar espiritual mais elevado.

5.2. Tipo de Estudo

Tendo em consideração o quadro teórico adotado, e após a construção do objeto de estudo, definição das questões de investigação e objetivos e hipóteses traçadas, sentimos a necessidade de definir o método de investigação, pelo qual iríamos pautar o nosso estudo.

Não obstante a natureza subjetiva da problemática em investigação, decidimos neste trabalho optar por uma abordagem quantitativa, desenvolvendo um estudo observacional e do tipo exploratório descritivo e correlacional. Assim não existiu qualquer manipulação dos indivíduos em estudo. A escolha deste tipo de estudo deveu-se ao facto desta investigação ter por objetivo principal caracterizar as variáveis em estudo e eventualmente relacioná-las. Também salientamos que a metodologia quantitativa se revela como um processo dedutivo, através do qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo. O estudo é exploratório na medida em que tem como pretensão conhecer um pouco mais sobre o assunto. Descritivo já que pretende determinar a forma como algumas variáveis se comportam na amostra em estudo. Finalmente correlacional, já que foi nossa intenção fazer a análise de um determinado fenómeno, assim como os fatores associados ao mesmo tempo. ¹⁴⁰

5.3. População e Amostra

A população definida para este estudo são as pessoas de nacionalidade portuguesa que fossem profissionais de saúde. Tendo em consideração o universo geral ser muito extenso, o que naturalmente resultava numa impossibilidade abarcar toda a população, tornou-se necessário constituir uma amostra representativa da mesma. A nossa primeira intenção foi seleccionar uma

¹⁴⁰ FORTIN M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa, Lusociência

amostra de uma instituição de saúde pública. No entanto, as contingências burocráticas instituídas, revelaram-se um processo demasiado moroso para o tempo que dispúnhamos. Assim, a seleção da amostra foi realizada a partir de uma amostragem utilizando-se a estratégia de propagação geométrica “bola de neve”.¹⁴¹ Deste modo, esta propagação ocorreu online com a divulgação de um link, através de e-mails e das redes sociais. A todos os que foram informados do link foi-lhes pedido que divulgassem o mesmo pelos seus contactos.

No momento da aplicação, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, assim como foi garantido a confidencialidade e o anonimato das suas respostas. Optámos por recolher os dados via on-line, por este ser o meio o mais apropriado para se chegar rapidamente a uma amostra heterogénea e de tamanho considerável, a custos mais baixos.¹⁴²

Consideramos apenas um critério de exclusão que foi o não ter prática em lidar com doentes em fim de vida, já que o estudo incidia especificamente sobre estes profissionais.

5.4. Recolha de Dados

Na realização de um trabalho de investigação, o instrumento de pesquisa utilizado deve permitir recolher informação válida e pertinente.

Dos vários instrumentos que podem ser utilizados para a recolha de informação, escolhemos o questionário porque revelou ser o método mais apropriado, já que permite dar resposta aos objetivos traçados para este tipo de estudo. Paralelamente, apresenta imensas vantagens tais com o facto de permitir a rentabilização de recursos materiais e humanos, e a a obtenção de respostas dum modo rápido e preciso.¹⁴³

No nosso estudo para a prossecução dos objetivos a que nos propusemos, optamos pela utilização de um inquérito tipo questionário. Esta foi a nossa opção, já que este instrumento tem um carácter preciso e formal e por um lado permite uma interferência mínima e distante do investigador, e por outro lado aumenta a privacidade dos que respondem, contribuindo para diminuir a possível relutância em participar ou dar respostas defensivas. O nosso questionário foi colocado *on-line* no período de 21 de Junho a 21 de Julho e foram obtidos um total de 93 respostas.

Na primeira parte do instrumento que utilizamos é constituído por um questionário Sócio-Demográfico, a segunda, terceira e quarta parte foram constituídas respetivamente pelas Escalas

¹⁴¹ MAROCO, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

¹⁴² KRAUT, R., OLSON, J., BANAJI, M., BRUCKMAN, A., COHEN, J., COUPER, M. (2003). Psychological research online: Opportunities and challenges. *APA-Internet Version 3.3*

¹⁴³ FORTIN M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa, Lusociência

Breves de Perspetivas de Morte e pelo questionário de Bem-Estar Espiritual. Para o efeito solicitamos a devida autorização formal aos autores dos respetivos instrumentos, tendo as mesmas sido concedidas via e-mail nos anexos (II e III).

Segue-se uma apresentação resumida dos instrumentos utilizados.

5.4.1. Instrumentos utilizados na Recolha de Dados

I Parte: Questionário Sócio-Demográfico

A primeira parte do instrumento de recolha de dados foi da nossa autoria e é constituída por algumas questões sociodemográficas e por questões relativas à formação e à prática profissional. Assim, este grupo de questões teve inerente a necessidade, em função dos objetivos do estudo, de caracterizar a amostra o melhor possível. Incluíram-se questões de resposta fechada e questões de resposta aberta. Foram solicitados os seguintes dados:

- ✓ Sexo;
- ✓ Idade;
- ✓ Estado Civil;
- ✓ Profissão;
- ✓ Tempo de Exercício Profissional;
- ✓ Habilitações Académicas;
- ✓ Formação específica em Cuidados Paliativos;
- ✓ Unidade Funcional onde Exerce Funções;
- ✓ Se na prática profissional lida frequentemente com a morte e com doentes terminais;

II Parte: Escalas Breves de Perspectivas da Morte

Foi utilizado para avaliar as diversas perspectivas da morte, a Death Perspective Scales (Spilka, Stout, Minton & Sizemore, 1977), na versão traduzida por Félix e Barros (2004). A referida escala é constituída por 43 itens, dividindo-se em oito subescalas. A primeira subescala avalia a percepção da morte como sofrimento e solidão (SS), contendo seis itens. A segunda subescala avalia a percepção da morte como vida além de recompensa (VA), sendo constituída também por seis itens. A terceira escala avalia a percepção da morte como indiferença (MI), contendo cinco itens. A escala que se segue avalia a morte como algo desconhecido (MD) e dispõe de seis itens; a quinta sub-escala focaliza-se na percepção da morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA), sendo constituída por cinco itens. A sexta escala avalia a percepção da morte como coragem (MC), e contém seis itens. A sétima escala refere-se à percepção da morte como fracasso (MF), dispondo de cinco itens, e por último a oitava subescala avalia a percepção da morte como algo

natural (MN), de quatro itens. Deste modo, o sujeito deve escolher a opção com a qual mais se identifica. A resposta é fornecida, tendo em consideração a escala de Lickert de seis pontos (1. Totalmente em desacordo; 2. Bastante em desacordo; 3. Um pouco em desacordo; 4. Um pouco de acordo; 5. Bastante de acordo; 6. Totalmente de acordo). O resultado é obtido através do somatório de todos os itens, variando os resultados entre 43 a 258 e em sentido directo.

No que respeita às propriedades psicométricas, foram descritos valores dos coeficientes de consistência interna que variam entre 0.78 para a oitava subescala (MN) e 0.94 para a segunda subescala (VA), apresentando valores de Alfa de Cronbach elevados. Foram correlacionadas as oito subescalas entre si, observando-se correlações bastante significativas, na qual se destaca uma forte correlação de 0.54 entre a segunda subescala (VA) e a sexta subescala (MC).¹⁴⁴

III Parte: Questionário do Bem-Estar Espiritual

Gomez e Fisher produziram um instrumento de avaliação do bem-estar espiritual, que considerando quatro domínios (pessoal, comunitário, ambiental e transcendental), publicado em 2003 (Gomez & Fisher, 2005).

O Questionário de Bem-Estar Espiritual é uma adaptação portuguesa, por Gouveia e colaboradores (2008), do instrumento elaborado originalmente por Gomez e Fisher, denominado *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ). Trata-se de um questionário de autopreenchimento composto por 20 itens, contemplando as quatro dimensões do BEE e um índice global.

O instrumento clarifica sobre dois aspectos relevantes daquilo que a que se propõe: que trata-se de um instrumento que avalia a saúde espiritual, e também que a palavra “Deus” pode ser substituída por outra denominação, conforme a crença pessoal (e.g. “força cósmica”). Neste sentido, não se pretende conhecer o aspecto religioso, mas, abordar a espiritualidade inerente ao ser humano, independente de sua orientação religiosa.

As 20 afirmações estão inseridas numa grelha de respostas, com uma escala de 5 pontos, no qual 1 significa “muito pouco”, 3 representa “moderado”, e 5 indica “muitíssimo”.

A partir das respostas obtidas, é calculado o bem-estar espiritual em cada uma das subescalas e o global. Cada subescala inclui 5 frases.

O resultado das subescalas é obtido pela média de 5 afirmações correspondentes àquela dimensão, e o índice global, pela média de todas as respostas.

Gomez e Fisher realizaram vários estudos de validação da escala, que ao longo dos mesmos foi demonstrado possuir propriedades psicométricas favoráveis. Trata-se de uma escala com

¹⁴⁴ BARROS, J. & NETO, F. (2004). *Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte*. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 355-367. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a04.pdf>

fiabilidade, consistência interna ($\alpha=0,92$), validade do constructo e confirmação da sua estrutura factorial.

As subescalas apresentam diferenças no que respeita à consistência, sendo que a dimensão transcendental demonstra ser a mais consistente, em oposição às escalas pessoal e comunitária. Alguns itens ainda necessitam ser reformulados (e.g. item 9-dimensão pessoal: “autoconsciência”), de modo a aprimorar o questionário e a avaliação do constructo.¹⁴⁵

Na adaptação do questionário para a população portuguesa (SWBQp), os autores obtiveram um alfa de Cronbach de 0,887, o que indica uma consistência interna bastante satisfatória. Assim, propõe que se proceda à utilização do instrumento em investigação, tendo em vista um maior aprofundamento do conceito do bem-estar espiritual na população portuguesa (Gouveia et al., 2008).¹⁴⁶

¹⁴⁵ GOUVEIA, M.J., MARQUES, M., & RIBEIRO, J.L.P. (2009). *Versão Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ)*. Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 285-293.

¹⁴⁶ GOUVEIA, M.J., PAIS-RIBEIRO, J.L., & MARQUES, M. (2008). *Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares*. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427) Lisboa: Ispa edições

6. ANÁLISE DOS DADOS

6.1. Procedimentos

Ao nível da estatística descritiva foram calculadas as medidas resumo adequadas e as frequências relativas e absolutas. Para o estudo das hipóteses utilizaram-se os testes não paramétricos: teste de U de Mann-Whitney (comparação entre médias); Correlação de Pearson e Regressão Linear. Relativamente aos pressupostos dos testes procedeu-se à verificação da Normalidade (Teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correção de Lilliefors e teste de Shapiro Wilk (S-W), para confirmar os resultados do K-S e da homogeneidade da variância (F de Levene). Para a realização do tratamento estatístico recorreu-se ao SPSS para Windows 19.0.

Quadro II. Características sociodemográficas para a amostra populacional (n=70)

		Amostra (n=70)	
		n	%
Género	Masculino	32	45.7
	Feminino	38	54.3
Idade	Máximo	59	
	Mínimo	24	
	Média	37.6	
	Desvio-Padrão	8.9	
	Estado Civil		
Estado Civil	Solteiro(a)	24	34.3
	Casado(a)	31	44.3
	Viúvo(a)	3	4.3
	Divorciado(a)	12	17.1
Profissão	Assistente Social	16	22.9
	Enfermeiro(a)	16	22.9
	Médico(a)	16	22.9
	Psicólogo(a)	21	30.0
	Terapeuta da fala(a)	1	1.4
	Tempo de Exercício da Profissão		
Tempo de Exercício da Profissão	Máximo	33	
	Mínimo	2	
	Média	12.07	
	Desvio-Padrão	7.1	
Habilitação Profissional	Doutoramento	1	1.4
	Mestrado	14	20.0
	Licenciatura	23	32.9
	Pós-Graduação	3	4.3
	Licenciatura e Pós-Graduação	25	35.7
	Licenciatura e Mestrado	3	4.3
Formação em Cuidados Paliativos	Mestrado e Pós-Graduação	1	1.4
	Sim	20	28.6
	Não	50	71.4

A amostra implicada neste estudo inclui 93 participantes que aceitaram responder ao questionário sócio demográfico, assim como ao questionário de Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas de Morte (Spilka e col., 1977; tradução e validação portuguesa de Barros, J. e Félix, 2004) e ao questionário de Bem- Estar Espiritual (Gomez & Fisher, 2003; Adaptação Gouveia et al., 2009) No entanto, dos 93 protocolos assim obtidos, apenas se retiveram 70 casos, já que 23 foram excluídos de acordo com o critério de na prática profissional não lidarem frequentemente com a morte e com doentes em fase terminal.

Esta amostra apresenta as seguintes características sociodemográficas: 38 sujeitos do sexo feminino (54.3%) e 32 do sexo masculino (45.7%). No que toca à idade, os indivíduos oscilam entre os 24 e os 59 anos, com uma média de idades de 37.6 anos (DP=8.99).

Em relação ao estado civil, 34.3% são solteiros, 44.3% são casados, 4.3% são viúvos e 17.1% são divorciados. No que concerne à profissão, 16 sujeitos são assistentes sociais (22.9%), 16 sujeitos são Enfermeiros (22.9%), 16 participantes são Médicos (22.9%), 21 são Psicólogos (30%) e 1 sujeito é Terapeuta da Fala (1.4%).

Relativamente ao tempo de exercício da profissão os participantes oscilam entre 2 anos e 33 anos de experiência, sendo o tempo médio de 12.07 anos (DP=7.1).

No que diz respeito às habilitações profissionais 1 participante concluiu o Doutoramento, 14 sujeitos possuem Mestrado, 23 possuem Licenciatura, 3 são pós graduados, 25 sujeitos concluíram uma Licenciatura e Pós-graduação, 3 possuem Licenciatura e Mestrado e 1 sujeito possui Mestrado e Pós-graduação. Por fim, desta amostra populacional 20 participantes (28.6%) tiveram formação em Cuidados Paliativos e 50 (71.4%) não possuem formação específica nesta área.

6.2 Resultados

O1 (H1.1; H1.2; H1.3; H1.4) - Análise da relação entre as perspetivas de morte (Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas de Morte) e profissionais de saúde que cuidam em fim de vida

Antes de passarmos à análise das hipóteses em estudo procedeu-se à verificação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância dos sujeitos da amostra total para todas as variáveis em estudo.

Tabela 1. Análise Descritiva das Escalas Breves de Perspetivas de Morte (n=70)

Perspetivas	EBPM (n=70)			t	α
	M	DP	Min-Max		
Dor e Solidão	14.7	8.1	6-36	15.13	.000**
Vida do Além	16.08	7.54	6-33	17.8	.000**
Indiferença	12.51	6.74	5-26	15.5	.000**
Desconhecido	22.4	10.6	6-36	17.6	.000**
Abandono	16.2	7.9	5-30	17.1	.000**
Coragem	24.9	8.8	6-36	23.5	.000**
Fracasso	16.2	7.9	5-30	17.1	.000**
Fim Natural	22.2	3.05	8-24	60.8	.000**

M- Média; DP- Desvio-Padrão; Min- Mínimo; Max- Máximo; t- One Sample T-Student

** p < .01; *p < .05

Tabela 2. Correlação entre perspetivas do EBPM

	DS	VD	I	D	A	C	F	FN
DS	1.00	.315**	.484**	.033	.215*	.018	.215*	-.132
VA		1.00	.309**	.343**	-.204	.073	-.204*	-.160
I			1.00	.128	-.034	-.155	-.034	-.037
D				1.00	-.165	.260*	-.165	-.036
A					1.00	.026	.461*	.430**
C						1.00	.429**	.453*
F							1.00	.107
FN								1.00

DS-Dor e Solidão; VA- Vida do Além; I- Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F- Fracasso; FN- Fim Natural

** p < .01; *p < .05

A análise Descritiva indica que os resultados médios obtidos nas perspetivas de Morte diferem estatisticamente para a amostra total em estudo (cf. Tabela 1). Relativamente às perspetivas, verifica-se que a perspetiva de Coragem (M=24.9; DP=8.8) obteve resultados médios superiores, quando comparada com as restantes perspetivas, seguida da perspetiva Desconhecido (M=22.4; DP=10.6), Fim Natural (M=22.2; DP=3.05), sendo que a perspetiva Dor e Solidão (M=17.7; DP=8.1) e Indiferença (M=12.51; DP=6.7) obtiveram os resultados médios mais baixos da amostra total em estudo (cf. Tabela 1).

A análise dos pressupostos de normalidade revela que os dados apresentam uma distribuição normal e que há homogeneidade entre o grupo masculino e feminino para o total do EBPM e escalas, tendo-se optado, por essa razão, pelo método *paramétrico T-Student* para duas amostras independentes. Assim, tendo em conta a variável género dos participantes verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as perspetivas de morte para homens e mulheres (p>.05) (cf. Tabela 3)

Tabela 3. Comparação entre perspectivas do EBPM para a variável género

	Género						<i>t</i>	<i>p</i>
	F (n=38)			M (n=32)				
	M	D-P	Min-Max	M	D-P	Min-Max		
DS	14.8	8.56	6-36	14.5	7.72	6-35	.142	.886
VA	17.3	8.4	6-33	14.6	6.11	6-30	1.499	.138
I	12.5	7.02	5-25	12.4	6.50	5-26	.087	.931
D	20.7	10.7	6-36	24.4	10.21	6-36	-1.488	.141
A	15.6	7.58	5-30	17.03	8.36	5-30	-.734	.466
C	23.9	9.49	6-36	26.06	7.97	12-36	-1.010	.316
F	15.6	7.58	5-30	17.03	8.36	5-30	-.734	.466
FN	21.7	3.67	8-24	22.68	2.03	16.24	-1.230	.223

DS- Dor e solidão; VA- Vida do além; I-Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F- Fracasso; FN- Fim Natural; M- Média; DP- Desvio-Padrão; Min- Mínimo; Max- Máximo; t- T-Student

** $p < .01$; * $p < .05$

Para a comparação entre os grupos de profissões (Assistente Social, Enfermeiro, Médico e Psicólogo) em termos de perspectivas de morte (Dor e solidão, Vida do Além, Indiferença, Desconhecido, Abandono, Coragem, Fracasso e Fim Natural) utilizou-se o método estatístico de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas *a posteriori* uma vez que não se cumpriram os pressupostos de normalidade e de homogeneidade para a amostra total em estudo.

Assim, os resultados demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados médios obtidos pelos quatro grupos de profissões na perspectiva Fracasso ($F(4, 70) = 8.405$, $p < .05$, $\omega^2 = .016$) e na perspectiva Abandono ($F(4, 70) = 8.405$, $p < .05$, $\omega^2 = .031$).

Desta forma, não se verificam diferenças entre profissões nas restantes perspectivas de morte ($p > .05$) (cf. Tabela 5).

Observa-se que os sujeitos com profissão de psicólogo apresentam resultados médios superiores na perspectiva Fracasso ($M = 19.22$; $DP = 7.87$), quando comparados com a profissão Assistente social ($M = 14.25$; $DP = 9.64$), Enfermeiro ($M = 12.82$; $DP = 7.38$), Médico ($M = 18$; $DP = 7.72$) (cf. Tabela 4). Os mesmos resultados verificaram-se para a perspectiva Abandono (cf. Tabela 4). Seguidamente a investigação com comparações múltiplas *a posteriori* (teste de *Scheffé*) revelou diferenças estatisticamente significativas apenas entre a profissão de Enfermeiro e Psicólogo para a perspectiva Fracasso ($p < .05$) e Abandono ($p < .05$).

Tabela 4. Análise Descritiva dos resultados médios obtidos nas escalas de perspectivas de morte para as profissões.

	Profissão								
	Baixo (n=40)			Moderado (n=20)			Elevado (n=10)		
	M (d.p)	Min	Max	M (d.p)	Min	Max	M (d.p)	Min	Max
DS	14.77 (8.40)	6	36	14.90 (8.45)	6	34	14.10 (7.04)	6	30
VA	15.15 (7.45)	6	33	18.05 (7.52)	6	30	15.90 (6.64)	6	24
I	12.72 (6.55)	5	26	12.70 (7.45)	5	25	11.30 (6.58)	5	25
D	21.65 (10.47)	6	36	22.15 (9.93)	6	36	26.10 (12.7)	6	36
A	15.77(7.83)	5	30	17.20 (8.16)	5	30	16.40 (8.46)	8	30
C	25.20 (8.64)	6	36	22.75 (10.11)	6	36	25.20 (10.11)	6	36
F	15.77 (7.83)	5	30	17.20 (8.16)	5	30	16.40 (8.46)	8	30
FN	22.37 (3.04)	8	24	21.75 (3.62)	11	24	22.40 (1.71)	20	24

Tabela 5. Relação entre as pontuações médias obtidas nas perspectivas de morte no grupo de profissões

Fatores EAR		n	Mean Rank	K (p)
DS	Assistente Social	16	32.63	2.031 (.566)
	Enfermeiro	17	32.21	
	Médico	15	41.23	
	Psicólogo	22	36.23	
VA	Assistente Social	16	36.28	.404 (.939)
	Enfermeiro	17	35.21	
	Médico	15	32.87	
	Psicólogo	22	36.95	
I	Assistente Social	16	41.28	2.008 (571)
	Enfermeiro	17	31.76	
	Médico	15	34.20	
	Psicólogo	22	35.07	
D	Assistente Social	16	38.84	1.392 (.708)
	Enfermeiro	17	38.03	
	Médico	15	31.87	
	Psicólogo	22	33.59	
A	Assistente Social	16	30.38	8.405 (.021)**
	Enfermeiro	17	26.50	
	Médico	15	39.77	
	Psicólogo	22	43.27	
C	Assistente Social	16	38.25	4.542 (.209)
	Enfermeiro	17	27.44	
	Médico	15	41.50	
	Psicólogo	22	35.64	
F	Assistente Social	16	30.38	8.405 (.017)**
	Enfermeiro	17	26.50	
	Médico	15	39.77	
	Psicólogo	22	43.27	
FN	Assistente Social	16	32.91	.470 (.925)
	Enfermeiro	17	36.65	
	Médico	15	35.33	
	Psicólogo	22	36.61	

DS- Dor e solidão; VA- Vida do além; I-Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F- Fracasso; FN- Fim Natural

** p < .01; *p < .05

Tabela 6. Análise Descritiva dos resultados médios obtidos nas perspectivas de morte e Tempo de exercício da profissão

	Tempo de Exercício Profissional (anos)								
	Baixo (n=40)			Moderado (n=20)			Elevado (n=10)		
	M (d.p)	Min	Max	M (d.p)	Min	Max	M (d.p)	Min	Max
DS	14.77 (8.40)	6	36	14.90 (8.45)	6	34	14.10 (7.04)	6	30
VA	15.15 (7.45)	6	33	18.05 (7.52)	6	30	15.90 (6.64)	6	24
I	12.72 (6.55)	5	26	12.70 (7.45)	5	25	11.30 (6.58)	5	25
D	21.65 (10.47)	6	36	22.15 (9.93)	6	36	26.10 (12.7)	6	36
A	15.77(7.83)	5	30	17.20 (8.16)	5	30	16.40 (8.46)	8	30
C	25.20 (8.64)	6	36	22.75 (10.11)	6	36	25.20 (10.11)	6	36
F	15.77 (7.83)	5	30	17.20 (8.16)	5	30	16.40 (8.46)	8	30
FN	22.37 (3.04)	8	24	21.75 (3.62)	11	24	22.40 (1.71)	20	24

DS- Dor e solidão; VA- Vida do além; I-Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F- Fracasso; FN- Fim Natural; M- Média; DP- Desvio-Padrão; Min- Mínimo; Max- Máximo

Tabela 7. Comparação entre pontuações nas perspectivas de morte nos grupos de Tempo de Exercício da profissão Baixo (n=40), moderado (n=20) e elevado (n=10): ANOVA

Perspetivas		n	M	DP	F (p)
DS	Baixo	40	14.77	8.40	.034 (.967)
	Moderado	20	14.90	8.45	
	Elevado	10	14.10	7.04	
VA	Baixo	40	15.15	7.75	.987 (.378)
	Moderado	20	18.05	7.52	
	Elevado	10	15.90	6.64	
I	Baixo	40	12.72	6.55	.185 (.832)
	Moderado	20	12.7	7.45	
	Elevado	10	11.3	6.58	
D	Baixo	40	21.65	10.47	.706 (.497)
	Moderado	20	22.15	9.93	
	Elevado	10	26.10	12.7	
A	Baixo	40	15.77	7.83	.212 (.809)
	Moderado	20	17.20	8.16	
	Elevado	10	16.40	8.46	
C	Baixo	40	25.20	8.64	1.239 (.296)
	Moderado	20	22.75	10.11	
	Médico	10	28.00	6.09	
F	Baixo	40	15.77	7.83	.212 (.809)
	Moderado	20	17.20	8.16	
	Elevado	10	16.40	8.46	
FN	Baixo	40	22.37	3.04	.298 (.743)
	Moderado	20	21.75	3.62	
	Elevado	10	22.40	1.71	

DS- Dor e solidão; VA- Vida do além; I-Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F- Fracasso; FN- Fim Natural; M- Média; DP- Desvio-Padrão

Para a comparação entre os resultados médios obtidos nas diferentes escalas de perspectivas de morte foram constituídos três grupos: grupo baixo, com anos de exercício de profissão até 10 anos; grupo moderado cujo tempo de exercício da profissão varia entre 11 e 21 anos e o grupo elevado com tempo de exercício de profissão acima de 22 anos. No que respeita à análise foi utilizado o

método estatístico ANOVA uma vez que se cumpriram os pressupostos de normalidade e de homogeneidade para a amostra em estudo. Assim, a comparação demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de Baixo, Moderado e Elevado tempo de exercício de profissão no que concerne aos resultados médios obtidos nas diferentes perspectivas de morte ($p>.05$) (cf. Tabela 7). Desta forma, podemos dizer que o tempo de exercício de profissão não influencia os resultados obtidos nas escalas de diferentes perspectivas de morte.

Tabela 8. Comparação de resultados médios nas escalas de perspectivas de morte e a formação em cuidados paliativos

	Formação em Cuidados Paliativos						<i>F</i>	<i>p</i>
	Sim (n=20)			Não (n=50)				
	M	D-P	Min-Max	M	D-P	Min-Max		
DS	11.75	6.76	5-26	12.82	56.78	5-25	.361	.600
VA	13.90	7.81	6-34	15.04	8.31	6-36	.070	.193
I	17.95	7.63	6-30	15.34	7.45	6-33	.004	.553
D	24.90	9.05	6-36	21.44	11.11	6-36	6.831	.221
A	13.15	8.29	5-30	17.52	7.49	5-30	.268	.032*
C	26.15	8.95	6-36	24.4	8.82	6-36	.002	.458
F	13.15	8.29	5-30	17.52	7.49	5-30	.268	.025*
FN	21.85	3.80	8-24	22.34	2.73	11-24	.658	.548

DS- Dor e solidão; VA- Vida do além; I-Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F- Fracasso; FN- Fim Natural; M- Média; DP- Desvio-Padrão

** $p < .01$; * $p < .05$

No que concerne à análise da comparação entre os resultados médios obtidos nas perspectivas de morte para os sujeitos que possuem/não possuem formação específica em cuidados paliativos, verificou-se que sujeitos com formação específica em cuidados paliativos obtêm resultados médios inferiores na perspectiva de Abandono ($M=13.15$; $DP=8.29$) quando comparados com os sujeitos que não obtiveram formação específica em cuidados paliativos ($M=17.52$; $DP=7.49$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(2, 68) = -2.138$, $p < .05$).

Da mesma forma os resultados revelaram que sujeitos que nunca obtiveram formação específica em cuidados paliativos apresentam resultados médios superiores na perspectiva de morte Fracasso ($M=17.52$; $DP=7.49$) comparativamente com os sujeitos que obtiveram esta formação ($M=13.15$; $DP=8.29$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(2, 68) = -2.138$, $p < .05$) (cf. Tabela 8).

O2 (H2.1; H2.2; H2.3; H2.4) – Análise da relação entre os níveis de Bem-Estar Espiritual e profissionais de saúde que cuidam em fim de vida

Tabela 9. Análise Descritiva das escalas do Questionário de Bem-Estar Espiritual (BEE-Q)

Fatores	PIL-R (n=70)			t	α
	M	DP	Min-Max		
Pessoal	19.11	4.18	9-25	38.23	.000**
Comunitária	19.78	3.37	10-25	48.99	.000**
Ambiental	18.17	4.69	7-25	32.37	.000**
Transcendental	17.18	5.59	5-25	25.69	.000**

M- Média; DP- Desvio-Padrão; Min- Mínimo; Max- Máximo; t- One Sample T-Student

** p < .01; *p < .05

A análise Descritiva indica que os resultados médios obtidos nas escalas de Bem-Estar Espiritual diferem estatisticamente para a amostra total em estudo ($p < .001$) (cf. Tabela 8). Desta forma os resultados revelaram que a escala Comunitária apresenta resultados médios superiores ($M=19.78$; $DP=3.37$), quando comparada com as restantes escalas, seguida da escala Pessoal ($M=19.11$; $DP=4.18$), Ambiental ($M=18.17$; $DP=4.69$), sendo que a escala Transcendental obteve os resultados médios mais baixos para a amostra populacional em estudo ($M=17.18$; $DP=5.59$) (cf. Tabela 9).

A análise dos pressupostos de normalidade revela que os dados apresentam uma distribuição normal e que há homogeneidade entre o grupo masculino e feminino para o total do BEE-Q e escalas, tendo-se optado, por essa razão, pelo método *paramétrico T-Student* para duas amostras independentes.

Tabela 10. Comparação entre escalas do BEE-Q para a variável género

	Género						<i>t</i>	<i>p</i>
	F (n=38)			M (n=32)				
	M	D-P	Min-Max	M	D-P	Min-Max		
P	19.31	4.30	9-25	18.87	4.09	9-25	.437	.664
C	19.63	3.83	10-25	19.96	2.79	14-25	-.413	.681
A	18.50	4.35	10-25	17.78	5.11	7-25	.635	.528
T	17.76	5.04	8-25	16.50	6.19	5-25	.940	.351

P- Pessoal; C- Comunitária; A-Ambiental; T- Transcendental; t – T-Student; M- Média; DP- Desvio-Padrão

** p < .01; *p < .001

Assim, tendo em conta a variável género dos participantes verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres para as escalas de Bem-Estar Espiritual ($p > .05$) (cf. Tabela 10).

Tabela 11. Relação entre as pontuações médias obtidas nas escalas de Bem-Estar Espiritual para as profissões que cuidam e fim de vida

Escalas		n	Mean Rank	K (p)
P	Assistente Social	16	31.41	4.797 (.187)
	Enfermeiro	17	44.21	
	Médico	15	30.77	
	Psicólogo	22	34.98	
C	Assistente Social	16	32.50	2.206 (.531)
	Enfermeiro	17	40.71	
	Médico	15	31.47	
	Psicólogo	22	36.41	
A	Assistente Social	16	31.44	3.752 (.290)
	Enfermeiro	17	42.59	
	Médico	15	30.57	
	Psicólogo	22	36.34	
T	Assistente Social	16	31.53	2.396 (.494)
	Enfermeiro	17	41.29	
	Médico	15	32.50	
	Psicólogo	22	35.95	

P- Pessoal; C- Comunitária; A-Ambiental; T- Transcendental; t – T-Student; M- Média; DP- Desvio-Padrão

** p < .01; *p < .001

Para a comparação entre os grupos de profissões (Assistente Social, Enfermeiro, Médico e Psicólogo) no que concerne aos resultados médios obtidos nas escalas de Bem-Estar Espiritual (Pessoal, Comunitária, Ambiental e Transcendental) utilizou-se o método estatístico de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas *à posteriori* uma vez que não se cumpriram os pressupostos de normalidade e de homogeneidade para a amostra total em estudo. Assim, os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados médios obtidos pelos quatro grupos de profissões nas escalas de Bem-Estar Espiritual. Desta forma podemos dizer que para a amostra populacional em estudo a variável profissão não influencia os resultados médios obtidos nas diferentes escalas de Bem-Estar (cf. Tabela 11).

Tabela 12. Comparação entre pontuações médias nas escalas de Bem-Estar Espiritual nos grupos de Tempo de Exercício da profissão Baixo (n=40), moderado (n=20) e elevado (n=10): ANOVA

Perspetivas		n	M	DP	F (p)
P	Baixo	40	19.62	3.67	1.21 (.279)
	Moderado	20	18.25	5.33	
	Elevado	10	18.80	3.52	
C	Baixo	40	20.22	3.11	1.144 (.340)
	Moderado	20	19.10	4.25	
	Elevado	10	19.40	2.27	
A	Baixo	40	18.52	4.71	.973 (.515)
	Moderado	20	17.65	5.08	
	Elevado	10	17.80	5.08	
T	Baixo	40	17.87	5.48	1.160 (.325)
	Moderado	20	16.15	6.15	
	Elevado	10	16.50	4.94	

P- Pessoal; C- Comunitária; A-Ambiental; T- Transcendental; t – T-Student; M- Média; DP- Desvio-Padrão

** p < .01; *p < .001

Para a comparação entre os resultados médios obtidos nas diferentes escalas de Bem-Estar Espiritual foram constituídos três grupos: grupo baixo, com anos de exercício de profissão até 10 anos; grupo moderado cujo tempo de exercício da profissão varia entre 11 e 21 anos e o grupo elevado com tempo de exercício de profissão acima de 22 anos.

No que respeita à análise foi utilizado o método estatístico ANOVA uma vez que se cumpriram os pressupostos de normalidade e de homogeneidade para a amostra em estudo. Assim, a comparação demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de Baixo, Moderado e Elevado tempo de exercício de profissão no que concerne aos resultados médios obtidos nas diferentes escalas de Bem-Estar ($p > .05$) (cf. Tabela 11).

Tabela 13. Comparação de resultados médios nas escalas de Bem-Estar Espiritual e a formação em cuidados paliativos

	Formação em Cuidados Paliativos						<i>F</i>	<i>p</i>
	Sim (n=20)			Não (n=50)				
	M	D-P	Min-Max	M	D-P	Min-Max		
P	21.00	4.05	13-25	18.36	4.02	9-25	6.113	.016*
C	21.10	3.55	15-25	19.26	3.19	10-25	4.44	.039*
A	20.15	4.99	7-25	17.38	4.37	8-25	5.278	.025*
T	18.70	5.98	6-25	16.58	5.37	5-25	2.083	.154

P- Pessoal; C- Comunitária; A-Ambiental; T- Transcendental; t – T-Student; M- Média; DP- Desvio-Padrão

** $p < .01$; * $p < .001$

No que concerne à análise da comparação entre os resultados médios obtidos nas escalas de Bem-Estar Espiritual para os sujeitos que possuem/não possuem formação específica em cuidados paliativos, verificou-se que sujeitos com formação específica em cuidados paliativos obtêm resultados médios superiores na escala Pessoal ($M=21.00$; $DP=4.05$) quando comparados com os sujeitos que não obtiveram formação específica em cuidados paliativos ($M=18.36$; $DP=4.02$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($F(2, 68) = 6.113$, $p < .05$).

Da mesma forma os resultados revelaram que sujeitos que nunca obtiveram formação específica em cuidados paliativos apresentam resultados médios inferiores na escala Comunitária ($M=19.26$; $DP=3.19$) comparativamente com os sujeitos que obtiveram esta formação ($M=21.10$; $DP=3.55$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($F(2, 68) = 4.44$, $p < .05$) (cf. Tabela 12).

Igualmente, os resultados revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à escala comunitária ($F(2, 68) = 5.27$, $p < .05$) entre sujeitos que possuem formação em

cuidados paliativos (M=20.15; DP=4.99) e sujeitos sem formação específica (M=17.38; DP=4.37) (cf. Tabela 13). Por fim, a escala Transcendente não apresenta diferenças entre sujeitos com/sem formação específica em cuidados paliativos ($F(2, 68) = 2.083, p > .05$).

O3 (H3.1; H3.2) - Análise da correlação existente entre perspectivas de morte e bem-estar espiritual.

Tabela 14 . Correlação entre perspectivas de Morte e Escalas de Bem- Estar Espiritual

	P	C	A	T	BEE
DS	-.266*	-.211*	-.194	-.166	
VA	-.021	-.020	.063	.101	
I	-.181	-.061	-.106	-.094	
D	.126	.221*	.170	.099	
A	-.122	-.065	-.141	-.165	
C	.357**	.439**	.308**	.299**	
F	-.122	-.065	-.141	-.165	
FN	.422**	.478**	.372**	.344**	

P- Pessoal; C- Comunitária; A-Ambiental; T- Transcendente; DS- Dor e solidão; VA- Vida do além; I- Indiferença; D- Desconhecido; A- Abandono; C- Coragem; F-Fracasso; FN- Fim Natural;

** $p < .01$; * $p < .001$

A análise de relação demonstra que a perspectiva de morte como dor e solidão está relacionada de forma moderada e negativa com a escala Pessoal e com a escala Comunitária. Da mesma forma os resultados revelam que não existe correlação significativa entre a perspectiva de morte e as escalas Ambiental e Transcendente. Os resultados revelam que a perspectiva de Vida do Além não está relacionada de forma estatisticamente significativa com qualquer uma das escalas de Bem-estar Espiritual para a amostra em estudo.

O mesmo acontece com a perspectiva de Indiferença em relação à morte. Por outro lado a perspectiva de Desconhecido relaciona-se de forma positiva e moderada com a escala Comunitária, não se verificando correlações significativas entre esta perspectiva e as restantes escalas de Bem-estar Espiritual. Da mesma forma podemos verificar que a perspectiva de Abandono também não se correlaciona de forma significativa com as escalas de Bem-estar, assim como acontece com uma perspectiva de Morte de Fracasso.

Por fim as perspectivas de Fim Natural e de Coragem estão fortemente correlacionadas e de forma positiva com as diferentes escalas de Bem-Estar Espiritual para a amostra populacional em estudo (cf. Tabela 14).

7.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de apresentar a metodologia e os resultados obtidos, prosseguimos agora com a sua discussão. Este estudo teve como objetivos conhecer as diferentes perspectivas sobre a morte dos profissionais de saúde que cuidam em fim de vida, analisar o bem-estar espiritual nestes profissionais e compreender as relações que se podiam estabelecer entre estes conceitos. Consideramos que esses objetivos foram alcançados.

No entanto gostaríamos desde já de salientar algumas limitações deste estudo, que se devem traduzir nalguma prudência na sua interpretação e inferência dos resultados para a população em geral. Primeiramente destacámos o tipo e o tamanho da amostra. Sendo este estudo de natureza exploratório, o tipo de amostragem pelo qual optámos não permite uma generalização dos resultados encontrados. Por outro lado o pequeno tamanho da amostra também impõe alguma precaução nas inferências que fazemos.

Ressalvamos todavia, que o nosso propósito foi aprofundar o nosso conhecimento sobre as variáveis em questão, bem como encontrar associações e correlações entre elas.

Tenhamos ainda em consideração que foi estabelecido como critério de exclusão não ter experiência em cuidar de doentes terminais, o que fez com que tivéssemos de eliminar 23 questionários.

Consideramos mais-valias desta investigação a utilização de instrumentos de medida validados para a população portuguesa e a escolha de um tema, cuja investigação em Portugal ainda se encontra numa fase inicial.

Partiremos agora para a discussão dos resultados obtidos com a amostra selecionada e os instrumentos de recolha de dados escolhidos, que devem ser interpretados à luz do conhecimento científico atual.

7.1 Perspetivas de Morte dos Profissionais que cuidam de Doentes Terminais

Num primeiro objetivo pretendeu-se analisar as diferentes perspetivas de morte nos profissionais que cuidam em fim de vida, tendo em conta o sexo dos indivíduos, a classe profissional, a experiência profissional e a formação em cuidados paliativos.

Assim, os resultados médios obtidos, na análise descritiva, revelam que a perspetiva de Coragem obteve resultados médios superiores, quando comparada com as restantes perspetivas, seguida da perspetiva Desconhecido e Fim Natural. Sendo as perspetivas Dor e Solidão e Indiferença, as que obtiveram os resultados médios mais baixos da amostra total em estudo.

A perspetiva da morte como coragem representa uma oportunidade para provar que se luta por algo na vida, uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida, um grande momento de verdade para si mesmo, uma oportunidade para uma grande realização e um tempo para recusar a humilhação ou a derrota, bem como um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida.¹⁴⁷

Por sua vez, a perspetiva da morte como desconhecido, implica olhá-la como a maior das incertezas, como um mistério ou um ponto de interrogação; como o princípio do desconhecido.

Na perspetiva de morte como fim natural a morte é encarada com parte do ciclo vital, como um aspeto natural inerente à vida.¹⁴⁸

Então para a nossa amostra a morte é principalmente perspetivada como uma etapa que envolve coragem, que se representa como algo desconhecido e envolto em mistério, mas no entanto é uma experiência que faz parte da vida, delegando para segundo plano uma visão da morte com dor, solidão e indiferença.

Naturalmente tal como já foi referenciado vários aspetos podem contribuir para a forma como os profissionais de saúde encaram a morte.

Assim, tal como referem Oliveira e Amâncio, o modo como percebemos e representamos a morte traduz-se numa consequência direta da forma como concebemos e vivemos a vida, dos valores por que nos regemos, das normas e regras pelas quais nos norteamos, dos preconceitos e dos medos que nos dificultam chegar mais longe, das crenças que fortalecem a esperança, dos desejos e, igualmente relevante, dos sonhos que nos inspiram no mais profundo do nosso ser.¹⁴⁹

¹⁴⁷ BARROS, J. & NETO, F. (2004). *Validação de um instrumento sobre diversas perspetivas da morte*. Análise Psicológica, 2 (XXII), 355-367. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a04.pdf>

¹⁴⁸ *Ibidem*, *Ibem*

¹⁴⁹ OLIVEIRA, Abílio; AMANCIO, Lúcia (1998)– Pertenças sociais e formas de percepção e representação social da morte. Lisboa: Psicologia. Vol. XII, nº1, p.115-137.

Destacámos que os sujeitos que constituem a amostra selecionada lidam frequentemente com doentes terminais o que obriga a um trabalho pessoal da concepção da morte e de tudo o que ela envolve. Assim o facto da amostra prestar com frequência cuidados a doentes em fim de vida pode ajudar a tomarem consciência da inevitabilidade da morte e da fragilidade humana.

No que concerne à variável do género dos participantes verificamos que não existiam diferenças estatisticamente relevantes entre as perspetivas dos homens e das mulheres. Tal resultado é semelhante a outros encontrados noutras investigações.

Campelos, verificou os mesmos resultados num estudo sobre a ansiedade e medo da morte em profissionais de saúde.¹⁵⁰ No trabalho de Barros este comenta que, no que concerne ao género, em geral os autores não encontraram grandes diferenças. Embora alguns como Lester, provassem que o sexo feminino tem mais medo da morte particularmente em áreas específicas, mas em geral as diferenças não são significativas.¹⁵¹

Relativamente à comparação entre os vários grupos profissionais no que respeita às suas perspetivas de morte verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pelos quatro grupos profissionais na perspetiva de fracasso e de abandono. Quando comparados com outras profissões, são os psicólogos que apresentam resultados médios superiores na perspetiva de fracasso e de abandono. No entanto depois da aplicação do Teste de Scheffe, apenas foram reveladas diferenças significativas para a perspetiva da morte como fracasso e abandono, ente a profissão de psicólogo e enfermeiro.

A morte concebida como fracasso implica a destruição da última oportunidade de plena realização, fracasso pessoal na procura do sentido da vida, fim das nossas esperanças, derrota na luta por ser bem-sucedido e alcançar os objetivos e um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal.

Por outro lado a perspetiva da morte como abandono tem inerente uma razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família, razão para se sentir culpado e deixar a família entregue à sorte.¹⁵²

Com as devidas precauções podemos interpretar estes resultados segundo algumas linhas de pensamento.

¹⁵⁰ CAMPELOS, Isabel (2006) – *A ansiedade e o medo da morte em profissionais de saúde*. Acedido em 03.05.2013, Disponível em : <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1012/2/Monografia.pdf>

¹⁵¹ BARROS, J. & NETO, F. (2004). *Validação de um instrumento sobre diversas perspetivas da morte*. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 355-367. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a04.pdf>

¹⁵² OLIVEIRA, J. B., & NETO, F. (2004). *Validação de um instrumento de diversas perspetivas de morte*. *Análise Psicológica*, 2(22), pp.355-367

Tal como defendem Maslach & Jackson grande parte do stress vivenciado pelos profissionais de saúde advém do contacto com pacientes que estão a morrer pois, a morte é olhada como um adversário que deve ser combatido e superado, um doente terminal converte-se num sinal perceptível do fracasso e da impotência do profissional. Os pacientes em fim de vida podem ainda despertar pensamentos perturbadores sobre a própria morte ou a morte de outras pessoas significativas.¹⁵³

Também Brunton explica que quando a natureza específica dos cuidados diretos e contínuos envolvem aspetos como a dor, sofrimento e morte de pacientes, os profissionais de saúde ficam particularmente vulneráveis, uma vez que por si só o papel profissional já os expõe a variados agentes de stress, pela complexidade de funções que têm que desempenhar.¹⁵⁴

Em Portugal, o único estudo efetuado com Profissionais de Psicologia refere que uma percentagem assinalável de Psicólogos em Portugal experiência elevados níveis de Burnout. Especificamente, 26,9% ao nível da exaustão emocional, 7,1% ao nível da despersonalização e 11,8% ao nível da realização pessoal. Ou seja um número significativo de profissionais parece apresentar Burnout, designadamente no que diz respeito à experiência de baixos níveis de realização pessoal e/ou de elevados níveis de exaustão emocional e de despersonalização.¹⁵⁵

Neste sentido talvez a perspectiva da morte como fracasso e abandono por parte dos psicólogos, advenha de elevados níveis de stress e burnout. No entanto tal intuição neste estudo não pode ser comprovada.

Relativamente à experiência profissional os resultados médios da nossa amostra nas diferentes escalas de perspectivas de morte demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de baixo, moderado e elevado tempo de exercício profissional. Assim no nosso estudo esta variável não influencia nas diferentes perspectivas de morte dos indivíduos.

Este resultado difere daqueles que Saraiva encontrou, num estudo cujo tema era a atitude do enfermeiro perante a morte. Nesta investigação a autora conclui que existia relação entre os anos de exercício profissional e as atitudes que apresentavam perante a morte. Desta forma, os enfermeiros com menos exercício profissional eram aqueles que revelavam uma atitude predominantemente negativa relativamente à morte. Em sentido contrário os enfermeiros com mais experiência foram os que apresentaram atitudes mais positivas no confronto com o doente em fim de vida.¹⁵⁶

¹⁵³ MASLACH, C. & JACKSON, S. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. In G. Sanders & J. Sullis, (Eds), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates.

¹⁵⁴ BRUNTON, M.(2005). *Emotions in health care: The cost of caring*. *Journal of Health Organization and Management*, 19, pp. 340-355.

¹⁵⁵ CRUZ, JOSÉ; GOMES, RUI & MELO, BÁRBARA (2000). Stress e Burnout nos Psicólogos Portugueses. S.H.O.- Sistemas Humanos e Organizacionais. Braga.

¹⁵⁶ SARAIVA, D.(2009) – Atitude do Enfermeiro perante a morte. Acedido 14.03.12,

Por sua vez Lester, tal com já referenciamos no enquadramento teórico, numa investigação com um grupo de enfermeiros encontrou correlações significativas e negativas entre o número de anos de experiência e os valores de medo da morte.¹⁵⁷

No entanto, Quintana et al. revela-nos que a experiência, por mais que atenua e/ou permita um certo distanciamento, por mais que tenha inerente um certo saber sobre o que fazer na abordagem a um doente em fim de vida, não suprime um conjunto de implicações tanto pessoais, como culturais e profissionais, o que em parte corroborar os resultados obtidos.¹⁵⁸

No que respeita à formação em cuidados paliativos, verificamos que os indivíduos com formação específica nesta área obtiveram resultados médios inferiores na perspetiva de abandono em comparação com aqueles que não tiveram formação. Por outro lado, conclui-se igualmente que os sujeitos que nunca tiveram formação específica em cuidados paliativos apresentaram resultados médios superiores na perspetiva de morte como fracasso, comparativamente àqueles que tiveram.

Como sabemos a filosofia dos cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural. Kovács diz-nos que esta filosofia de cuidados constitui-se como “uma forma de educação para a morte, para o paciente e familiares e profissionais de saúde, uma vez que propõem o convívio íntimo e diário com as perdas inerentes ao adoecimento e à proximidade da morte.”¹⁵⁹

Segundo Menezes, os programas de Cuidados Paliativos desenvolvem uma nova representação social do morrer, sendo que a morte deixa de ser oculta para se tornar visível, e desta forma mais aceite pelos profissionais.¹⁶⁰

Num artigo de investigação desenvolvido por Bifulco e Ioachida, estes depreenderam que os cursos de formação de profissionais de saúde carecem de disciplinas que façam a abordagem dos temas da morte, do luto e do morrer, ou seja, de disciplinas que conduzam o profissional, para além do conhecimento técnico-científico adquirido, a ampliar a sensibilidade e a empatia necessárias para praticar os fundamentos humanísticos de sua formação, indispensáveis à percepção do sofrimento que vivenciam os pacientes em fim de vida e suas famílias. Um cuidado humanizado, cuja prioridade seja a dignidade humana, também deve passar fazer parte do processo de aprendizagem.¹⁶¹

Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do

¹⁵⁷ LESTER, D. (1972)- Studies on death attitudes. *Psychological Reports*:30:440

¹⁵⁸ QUINTANA, Francisco Cruz et al. (2001) - *Enfermería, familia y paciente terminal*. "Revista de Enfermería". Espanha. vol. 24, n.º 10 pp8-12.

¹⁵⁹ KOVÁCS, M.J. (2003). *Educação para a morte. Temas e reflexões*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

¹⁶⁰ MENEZES, R.A.(2004). *Em busca da boa morte*. Rio de Janeiro, Garamond.

¹⁶¹ BIFULCO, Vera; IOCHIDA, Lúcia (2009) - *A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura*. Revista Brasileira de Educação Médica, pp.92-100

Por outro lado referenciamos o estudo de Wessel e Rutledge sobre os efeitos da educação em CP nas atitudes dos enfermeiros relativamente à morte e ao cuidar do doente em fim de vida, cujos resultados indicaram que os enfermeiros que apresentavam atitudes negativas relativamente à morte como medo ou evitamento tinham mais dificuldades em lidar com doentes terminais, pelo contrário aqueles que aceitavam a morte como uma porta de entrada para uma vida feliz, tendiam a apresentar atitudes mais positivas em relação ao cuidar de doentes em fim de vida. Após a intervenção educacional verificou-se que as atitudes negativas relativamente à morte como o evitamento diminuíram consideravelmente.¹⁶²

Hegedus, Zana and Szabó num artigo de investigação sobre os efeitos de programas educacionais sobre o fim de vida em estudantes de medicina e outros profissionais de saúde verificaram que houve uma diminuição do medo da morte depois de frequentarem os cursos.¹⁶³

O nosso estudo parece corroborar a linha de pensamento de que a formação em cuidados paliativos favorece perspectivas de morte mais positivas.

Desta forma consideramos que a formação em cuidados paliativos parece ser fundamental para os profissionais de saúde modificarem as suas atitudes e perspetivas relativamente à morte.

7.2 Bem-Estar Espiritual em Profissionais que cuidam de Doentes Terminais

Tal como já verificamos a experiência de sentir satisfação na vida, proveniente do bem-estar espiritual, fornece ao individuo um recurso interno para lidar e compreender situações como a dor, a sofrimento ou a morte.¹⁶⁴

Musgrave e MacFarlane, realizaram um estudo correlacional e explicativo cuja finalidade era investigar a relação entre a religiosidade, o bem estar-espiritual, e as atitudes relativas ao cuidado espiritual dos enfermeiros israelitas que trabalhavam na área da oncologia, tendo em consideração as variáveis de idade, etnia e educação. Os resultados demonstraram que as atitudes dos enfermeiros, em relação ao cuidado espiritual são influenciadas pela sua educação, religiosidade e bem-estar espiritual. Nas implicações do estudo os autores referem que o bem-estar espiritual é um

¹⁶² WESSEL, E; RUTLEDGE, D (2005) - *Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying: Effects of Palliative Care Education*. Journal of Hospice & Palliative Nursing: July/August 2005 - Volume 7 - Issue 4 - p 212-218

¹⁶³ HEGEDUS, K, ZANA, Á and SZABÓ, G (2008) - *Effect of end of life education on medical students and health care workers' death attitude*. Palliative Medicine 2008; 22: pp.264-269

¹⁶⁴ VOLCAN, S. et al. (2003) – *Relação entre Bem-Estar Espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Revista de Saúde Pública, 37 (4):440-5

bom preditor de atitudes positivas face aos cuidados espirituais, pelo que deve ser tido em consideração.¹⁶⁵

Outra investigação interessante realizada por Holland, Robert e Neimeyer, pretendia, explorar em que medida fatores como a espiritualidade e o nível de formação dos profissionais de saúde que lidam com doentes terminais e com as suas famílias, podem atenuar o stress vivenciado e o risco de burnout. Os resultados indicaram que as experiências espirituais diárias podem amenizar o risco burnout no trabalho. No entanto, a formação não foi relacionada com o nível de exaustão emocional dos profissionais. Assim, os resultados deste estudo reforçam a crescente literatura sobre os efeitos benéficos da espiritualidade, e destacam a sua relevância para os profissionais de cuidados de doentes em fim de vida. O estudo traz outras implicações para a forma como as tensões desse trabalho pode ser melhoradas através de programas de educação avançados, bem como de facilitação criativa de diversas expressões espirituais no local de trabalho.¹⁶⁶

Na pesquisa bibliográfica que realizamos não encontramos nenhum estudo que aplicasse o instrumento que utilizamos em profissionais de saúde, pelo que não possível comparar resultados neste âmbito.

Na nossa investigação verificamos que os resultados mostraram que a escala comunitária, obteve resultados médios superiores quando comparada com as outras escalas, seguida da escala pessoal, ambiental e por fim a escala Transcendental. Assim os profissionais que cuidam de doentes terminais, que constituem a nossa amostra parecem acreditar que as relações humanas com um carácter profundo têm um impacto positivo no bem-estar e nas suas vidas dão especial relevância ao amor, confiança e respeito pelos outros, no entanto também acreditam que os seus recursos internos são indispensáveis para um autoconhecimento e para traçar um sentido para a vida. Já no que respeita às relações que se estabelece com a natureza e com Deus através de expressões de fé parecem ter menos relevância para esta amostra.

No que concerne à variável do género dos participantes verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres para as escalas de Bem-Estar Espiritual.

¹⁶⁵ MUSGRAVE CF ; McFarlane, EA (2004) - *Israeli oncology nurses' religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care: a path analysis*. Oncology Nursing Forum (ONCOL NURS FORUM), 2004 Mar; 31 (2): 321-7. (37 ref)

¹⁶⁶ JASON M. HOLLAND, ROBERT A. NEIMEYER (2005) - *Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training*, Palliative & Supportive Care / Volume 3 / Issue 03 / September 2005, pp 173-181
Cambridge University Press

Também podemos referir que para a amostra populacional que estudamos a variável profissão não influencia os resultados médios obtidos nas diferentes escalas de Bem-Estar. O mesmo se pode dizer relativamente ao tempo de exercício de profissão.

No entanto a análise revelou que relativamente à formação específica em cuidados paliativos, verificou-se que sujeitos com formação específica nesta área obtiveram resultados médios superiores na escala Pessoal quando comparados com os sujeitos que não obtiveram.

Da mesma forma os resultados revelaram que sujeitos que nunca obtiveram formação específica em cuidados paliativos apresentam resultados médios inferiores na escala Comunitária quando comparados com aqueles que obtiveram esta formação. O mesmo se passa relativamente à escala ambiental. Por fim, a escala Transcendente não apresenta diferenças entre sujeitos com/sem formação específica em cuidados paliativos.

Podemos então afirmar que para a amostra em questão a formação específica em cuidados paliativos influencia o bem-estar espiritual dos indivíduos. A visão holística do ser humano inerente aos cuidados paliativos, bem como a tónica dada ao respeito pela dignidade humana, pode influenciar a forma com o profissional encara a vida, e tal ter impacto no seu bem-estar espiritual.

Tal como referem Machado, Pessini e Hossne “*A dor, o sofrimento e a espiritualidade são tratados pelos cuidados paliativos, que buscam atender o ser humano na sua globalidade de ser na fase final de vida. Sua ênfase está num trabalho multidisciplinar com atitudes de cuidados frente à realidade da finitude humana.*”¹⁶⁷

A filosofia dos cuidados paliativos pressupõe neste sentido, o desenvolvimento de atitudes de respeito e acolhimento, bem como a aquisição de valores referentes à vida humana que aliados ao conhecimento científico vão contribuir para práticas humanizadas.

Nos últimos anos assistiu-se a um investimento significativo ao nível da formação dos profissionais de saúde no âmbito dos cuidados paliativos e a outros temas que estão intimamente associados a este. No entanto o ensino sobre estas matérias, ainda são limitadas e pouco estruturado.¹⁶⁸

Neste sentido é nossa convicção que se continue a investir na formação nesta área.

¹⁶⁷ MACHADO, K.; PESSINI, L; HOSSNE, W (2007) – *A formação em cuidados paliativos da equipa que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética*. Bioethikos - Centro Universitário São Camilo1(1):34-42 , p.36 Acedido a 12.01.2013, Disponível em : http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf

¹⁶⁸ BIFULCO, Vera; IOCHIDA, Lúcia (2009) - *A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura*. Revista Brasileira de Educação Médica, pp.92-100

7.3 Relação existente entre Perspetivas de Morte e Bem-Estar Espiritual

Os resultados obtidos com a nossa investigação, demonstraram que a perspetiva de morte como dor e solidão está relacionada de forma moderada e negativa com a escala Pessoal e com a escala Comunitária.

Por outro lado a análise também revela que a perspetivas de morte como coragem e com fim natural correlacionam-se positivamente com o bem-estar espiritual.

Os resultados encontrados são bastante interessantes, já que revelaram que existe uma relação entres perspetivas de morte e o bem-estar espiritual.

Desta forma apontaram para a utilização do bem-estar espiritual como uma dimensão que tem impacto na forma como os profissionais de saúde que constituem esta amostra, encaram a morte, sendo que níveis mais baixos de bem-estar espiritual estão relacionados como perspetivas da morte mais negativas, e níveis de bem-estar espiritual mais elevados estão relacionados com perspetivas de morte mais positivas.

Já sabíamos, tal como nos indica Volcan que a espiritualidade facilita o desenvolvimento de recursos psicossociais para o enfrentar de situações adversas, sendo considerada como um recurso valioso para a promoção e a recuperação da saúde física e psicológica.¹⁶⁹

Por outro lado alguns estudos revelam que o bem-estar espiritual pode ser protetor de estados de stress e burnout.¹⁷⁰

Também Chibnall, concluiu que a angústia de morte se relacionava com baixos níveis de bem-estar espiritual.¹⁷¹

Nas nossas pesquisas bibliográficas, nas bases de dados a que fizemos recurso, não encontramos nenhum estudo que relacionasse as perspetivas de morte com o bem-estar espiritual, nomeadamente em profissionais de saúde. Ainda que reconheçamos que estudos desta natureza possam existir e que sejam alheios ao nosso conhecimento, tal como já afirmamos consideramos que uma das grandes mais-valias da nossa investigação é ser inovadora e pioneira na temática que escolhemos abordar. Neste sentido parece-nos fundamental, que no futuro se realize outros estudos.

¹⁶⁹ Volcan, S.M.A., Sousa, P.L.R., Mari, J.J., & Horta, B.L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.

¹⁷⁰ MILNE, J. M. The spiritual well-being of health psychologists: spiritual-care attitudes and practices. Dissertação de mestrado não publicada, Capella U., US. 2002.

¹⁷¹ CHIBNALL, J. T.; VIDEEN, S. D.; DUCKRO, P. N.; MILLER, D. K. Psychosocial – spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions, *Palliative Medicine*, 16(4), 331-338. 2002.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um trabalho desta natureza é sempre um motivo de grande contentamento. Assim, tendo consciência da nossa inexperiência na área da investigação, ousamos afirmar que demos mais um passo, para o crescimento profissional e para o conhecimento de nós próprios. Apesar das limitações e dificuldades com que nos deparamos, este trabalho foi, um momento de aprendizagem por excelência.

Impõe-se agora um exercício reflexivo. Pensamos mais do que mais do que responder a questões, o nosso estudo abre portas a novos questionamentos, alertando-os para o facto de muito ainda se poder investigar nesta área.

Consideramos que as duas vertentes estudadas nesta dissertação, por um lado a temática da morte, por outro lado a temática da espiritualidade, dando especial destaque ao constructo do bem-estar espiritual, se revestem de especial importância no contexto da investigação atual.

Tal como, refere Susana Pacheco, a presença da morte nas nossas vidas é incontestável e o confronto com esta situação pode levar-nos a um auto reflexão, tornar-nos mais fortes, altruístas e empenhados.

Estamos convictos de que refletir sobre a morte é uma questão essencial que pode levar os profissionais de saúde a uma mudança de atitudes.

Por outro lado o acompanhamento de pessoas em fase terminal constitui-se sempre como um desafio ético, pois a intervenção dos profissionais de saúde junto daqueles que estão no fim das suas vidas, permite-lhes refletir sobre alguns aspectos, aliando um desempenho de qualidade, onde se destacam a elevada competência e conhecimentos técnicos, a valores como o respeito pela pessoa humana numa conjugação de esforços que pretendem garantir à pessoa com doença terminal e às suas famílias o melhor apoio possível. Os cuidados paliativos traduzem-se na expressão de um novo posicionamento cultural face à morte e de uma nova atitude ética face àqueles que morrem.¹⁷²

A espiritualidade surge também como uma dimensão humana absolutamente relevante. Tal como já foi referido o crescente número de investigações e publicações no campo da saúde e da espiritualidade revelam a importância em aprofundar esta temática em todos os domínios nos quais o foco esteja na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar.

¹⁷² PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*, p.12; Lisboa: Universidade Católica Editora.

Consideramos que os objetivos a que nos propusemos foram atingidos e as questões iniciais esclarecidas.

Durante a elaboração deste estudo, tivemos uma extrema preocupação em manter o máximo rigor científico e metodológico.

Apesar das dificuldades e limitações encontradas, a realização deste trabalho tornou possível conhecer a forma como os profissionais de saúde que constituíam a nossa amostra perspetivam a morte, analisar o seu bem-estar espiritual e estabelecer relações entre estes dois aspetos. Procuramos assim dar algumas contribuições para inovar o conhecimento que tínhamos sobre a forma como os profissionais de saúde perspetivam a morte e a espiritualidade.

A satisfação que sentimos ao elaborar o presente estudo, abre horizontes para que possamos sugerir a realização de outros estudos similares que possam desenvolver a temática em estudo. Apresentamos de forma sucinta alguns aspetos que elegemos como recomendações finais.

As questões ligadas à morte devem continuar a merecer destaque por parte dos investigadores. A morte pode e deve ser compreendida, ensinada e aceite como um momento que dá sentido à vida, no culminar de um percurso humano. As perspetivas e atitudes que os profissionais de saúde adotam perante a morte são importantes, na medida em que isso pode ter impacto nos cuidados que prestam.

Na área da espiritualidade, existem fatores que necessitam de ser aprofundados para que decididamente seja possível a abordagem da dimensão espiritual na área saúde. Neste âmbito a maioria dos estudos focaliza a espiritualidade no doente ou nos cuidados espirituais. No entanto persiste ainda uma grande carência de estudos que focalizem a vivência da espiritualidade nos profissionais de saúde.

Tal como já referimos não foi encontrado, através da revisão bibliográfica que realizamos nenhum estudo que relacionasse as perspetivas de morte dos profissionais de saúde com o seu bem-estar espiritual, pelo que é necessário continuar a aprofundar e a desenvolver novo conhecimento em relação aos tópicos enunciados.

Em futuras investigações seria interessante a replicação do estudo com uma amostra de maior dimensão com e recorrendo um grupo de controlo. Seria útil replicar o estudo, complementando-o com a utilização de instrumentos que avaliassem o sentido de vida e a satisfação profissional dos profissionais de saúde.

Por outro lado os Cuidados Paliativos e a filosofia que adotam, parecem abrir um novo paradigma no contexto da saúde. Aceitando a morte como uma circunstância inerente à vida, estes cuidados têm como missão oferecer a melhor qualidade de vida possível, aos doentes que enfrentam uma doença incurável e/ou grave, com prognóstico limitado. Os objetivos, outrora focalizados na cura, são agora o alívio do sofrimento e a promoção do conforto que, tendo como pilares uma postura humanista e o respeito pela dignidade humana. Na nossa investigação a formação em Cuidados Paliativos influencia quer as perspetivas de morte, quer o bem-estar espiritual dos indivíduos.

Assim sugerimos que se privilegie a temática dos cuidados paliativos na formação dos profissionais de saúde, já que parece ser um caminho promissor para promover perspetivas de morte mais positivas e aumentar o bem-estar espiritual dos profissionais.

Lançadas as sementes, esperemos que os frutos frutifiquem!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANANDARAJAH, Gowri; HIGHT, Ellen (2001)- *Spirituality and Medical Practice*. Using the HOPE questions as a practical tool for Spiritual Assessment. American Family Physician. Vol. 63, Nº 1, p. 81-88. [Consultado 25 .03 2013]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html>

ANDRADE, T. (2007) – *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*, Acedido a 30.01.2013,Disponível em:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/975/1/16424_Tese_Teresa_Andrade_versfinal.pdf

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – *Cuidados Paliativos*: O que são? [Em linha]. 2006. [Consult. 20 Março 2011]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>

ARIÈS, P. (2010) – *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. 4ª Edição. Lisboa: Editorial Teorema

ABIVEM, M (2001) - *Para uma morte mais humana – Experiência de uma Unidade Hospital*. Lisboa: Lusodidacta

BARBOSA, A. & NETO, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2º ed.). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

BARRETO, J. (2009) – A Morte nas Sociedades Contemporâneas. In NUNES, Rui, REGO, Guilhermina, DUARTE, Ivone – *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*. Coimbra. Gráfica de Coimbra

BARROS, J. & NETO, F. (2004). *Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte*. Análise Psicológica, 2 (XXII), 355-367. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a04.pdf>

BELO, R (2013) – *O Problema da Habitação*. Lisboa, Assírio e Alvim

BERMEJO, J.C. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Lisboa: Paulinas.

BERTACHINI, Luciana et Al. (2010) – *A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados Paliativos*. Revista Bioethikos. Centro Universitário de São Camilo, 4 (3):315-323

BIFULCO, Vera; IOCHIDA, Lúcia (2009) - *A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura*. Revista Brasileira de Educação Médica, pp.92-100

BILLINGS, J. Andrew (2002) : *Definitions and Models of Palliative Care*. p. 635-646; In: BERGER A.M.; PORTENOY R.K.; WEISSMAN D.E. Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

BORGES, A. (1993) – *A Morte Humana na Sociedade Actual*. In MARQUES, Vasconcellos [et. al.] – *Colóquio Sobre Eutanásia*. Lisboa: Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, p.234

BRUNTON, M.(2005). *Emotions in health care: The cost of caring*. Journal of Health Organization and Management, 19, pp. 340-355.

CALDEIRA, S. (2002) – *Cuidar do homem face à dimensão espiritual*. Nursing. Lisboa. Nº 163, p. 17-22

CAMPELOS, I. (2006) – *A ansiedade e o medo da morte em profissionais de saúde*. Acedido em 03.05.2013, Disponível em : <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1012/2/Monografia.pdf>

CARPENITO, L. (2009) – *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 11ª ed. São Paulo: Artmed,

CARROLL, B. (2001) - *A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care*. Mortality, Mar; 6(1):81-98.

CARSON, V (1989) – *Spiritual Dimensions of Nursing*, London, Saunders Company, IX + 386 p. ISBN – 0-7216-2249-6

CHERLIN, E; FRIED, T; PRINGERSON, H et al (2005): *Communication between physician and family about care at the end of life: when do discussions occur and what is said?*. Rev. J. Palliative Medicine; 8 (6): 1176-1185.

CHIBNALL, J. T.; VIDEEN, S. D.; DUCKRO, P. N.; MILLER, D. K. (2002) *Psychosocial – spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions*, Palliative Medicine, 16(4), 331-338.

CORRALES, E. (2005) - *Reflexiones sobre la enfermería en cuidados paliativos*. Revista de Medicina Paliativa, vol11 (3)

COSTA, C.C., BASTIANI, M., GEYER, J.G., CALVETT, P.U., MULLER, M.C., & MORAES, M.L.A. (2008). *Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia*. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 249-255

CRUZ, JOSÉ; GOMES, RUI & MELO, BÁRBARA (2000). *Stress e Burnout nos Psicólogos Portugueses*. S.H.O.- Sistemas Humanos e Organizacionais. Braga.

DELGADO, Cheryl (2005) – *A Discussion of the Concept of Spirituality*. *Nursing Science Quaterly*, Vol. 18, n.º 2, April. p. 157-162

DUNK, K., OTTEN, C. e STEPHENS, E. (2005). *Nursing experience and the care of dying patients*. *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97-104.

FEYTOR, PINTO, V. (1991) – *Entre a vida e a morte, a razão da esperança*. Revista Servir Vol. 39, nº1 Jan./Fev., p.14-15

FISHER, J.(2010) – *Development and Application of a Spiritual Well- Being Questionnaire Called SHALOM*, *Religions* , I 105-121; doi 10.3390/rel1010105

FORTIN M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*: Lusociência, Lisboa

FRIAS, C.D. (2003) – *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência

GADAMER, Hans-Georg (1997)– *O mistério da saúde – O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa. Edições 70

GASTAUD, M.B., SOUZA, L.D.M., BRAGA, L., HORTA, C.L., OLIVEIRA, F.M., SOUSA, P.L.R., & SILVA, R.A. (2006). *Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal*. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 12-18.

GONÇALVES, José (2006) – *A Boa Morte: Ética no final da vida*. Porto. Tese de Mestrado em Bioética, pág.7 .Consultado a 15.09.12 Disponível em:
[Http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20n%20Fim%20da%20Vida.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20n%20Fim%20da%20Vida.pdf)

GONÇALVES, J. (2011). *Controlo de Sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Coisas de Ler

GOUVEIA, M.J., MARQUES, M., & RIBEIRO, J.L.P. (2009). *Versão Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ)*. Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 285-293.

GOUVEIA, M.J., PAIS-RIBEIRO, J.L., & MARQUES, M. (2008). *Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares*. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp.423-427) Lisboa: Ispa edições

GOUVEIA, M. (2011) – *Flow disposicional e bem-estar espiritual em praticantes de atividades físicas de inspiração oriental*. Acedido a 04.04.2013,

Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1226/1/TES%20GOUV1.pdf>

GRAÇA, J. (1997) – *Ainda há mistérios*. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Segunda Serie, nº 14, Porto. Universidade do Porto

HEGEDUS, K, ZANA, Á and SZABÓ, G (2008) - *Effect of end of life education on medical students and health care workers' death attitude*. Palliative Medicine 2008; 22: pp.264-269

HENNEZEL, M (1993) – *Diálogo com a morte*. 3ª Edição, Lisboa. Noticias Editorial

HERMANN, Carla (2007)- The Degree to Which Spiritual Needs of Patients Near the End of Life Are Met. *Oncology Nursing Forum* [Em linha]. Vol. 34, Nº 1 (Janeiro), pp. 70-78. [Consultado 04.01.2013]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=105&sid=96b30008-c30d-455d-8f9a-d582fcb99412%40sessionmgr111>

HILLESUM, E. (2011): *Uma Vida Transformada*, Lisboa. Edições Paulinas

JASON M. HOLLAND, ROBERT A. NEIMEYER (2005) - *Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training*, Palliative & Supportive Care / Volume 3 / Issue 03 / September 2005, pp 173-181, Cambridge University Press

KRAUT, R., OLSON, J., BANAJI, M., BRUCKMAN, A., COHEN, J., COUPER, M. (2003). Psychological research online: Opportunities and challenges. *APA-Internet Version 3.3*

KREITZER, M (2012) - *Spirituality and Well-Being: Focusing on What Matters*. West J Nurs Res October, 34: 707-711

KOENIG, Harold (2010)– *Spirituality and Mental Health*. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies [Em linha]. Volume 7, N° 2, p. 116-122. [Consult. 26 Agosto 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&hid=122&sid=aea0aede-0b0e-4f5f-bb27-08c0c04f3eed%40sessionmgr112>

KOVÁCS, M.J. (2003). *Educação para a morte. Temas e reflexões*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

LEVINAS, E (2012) – *Deus, a Morte e o Tempo*. Lisboa, Edições 70

LESTER, D. (1972) *Studies on death attitudes*. *Psychological Reports*:30:440

LIMONERO GARCIA, J. T. (1996). *El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones*. *Revista de psicología geral y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 49 (2), 249-265, acedido em 12.03.2013 em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>

MACEDO, J. C. G. M. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte*. *Dissertação de Mestrado em Educação da Universidade do Minho*. Acedido a 08.01.2012, Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/947/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20-%20Jo%C3%A3o%20Carlos%20Macedo-%20A%CIDALIA%20FRIAS%80%A6.pdf>.

McEWEN, Melanie (2005)- *Spiritual Nursing Care: State of the Art*. Holistic Nursing Practice. Vol. 19, N °4 (Julho/ Agosto pp. 161-168), Consultado. 22.11.12., Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com>

McGrath P. & KEARSLEY J. (2011) Commentary: *Caring for the dying – a significant professional issue for medicine*. Canadian Medical Association Journal, February 8th, 183 (2):169-170

MASLACH, C. & JACKSON, S. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. In G. Sanders & J. Sull, (Eds), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates.

MAROCO, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

MARTINEZ, E. & BARRETO, M. P. (2002) - *Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida*. In DIAS, M. R. & DURÁ, E. (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica* – p.527-545; 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

MELO, C. (2009) – *Psycho- existential training for health care workers improves patients care and reduces burnout*. Póster apresentado no 11º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, Acedido a 01.03. 2013 Disponível em http://www.amara.pt/amara/ligacoes/carol/poster_a4.pdf

MENDES, Ana Celeste (2010) – *Rostos da Morte na Era da Técnica*, Acedido a 04.04.2013 Disponível em:
<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/734/1/Rostos%20da%20morte%20na%20era%20da%20t%C3%A9cnica.pdf>

MENEZES, R.A. (2004). *Em busca da boa morte*. Rio de Janeiro, Garamond

MILNE, J. M. The spiritual well-being of health psychologists: spiritual-care attitudes and practices. Dissertação de mestrado não publicada, Capella U., US. 2002.

MORIN, Edgar (1970) – *O Homem e a Morte*. 2.ªed. Mem Martins: Publicações Europa-América

MOURA, Conceição (2011) – *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Lisboa Editora Coisas de Ler.

MOREIRA, I. B. (2001). *O doente Terminal em Contexto Familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau

MUSGRAVE CF ; McFarlane, EA (2004) - *Israeli oncology nurses' religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care: a path analysis*. Oncology Nursing Forum (ONCOL NURS FORUM), 2004 Mar; 31 (2): 321-7. (37 ref)

MYERS, J.E. et Al (2000) – *The Wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning*. *Journal of Counseling and Development*, vol.78, nº3, p.251-265

NETO, I.(2003). *Cuidados em fim de vida*. *Revista Xis. Xis ideias para mudar*, 189, 6-9. Acedido em Agosto 15, 2011, em <http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/pdfs/revista-xis.pdf>.

OLIVEIRA, Abílio; AMANCIO, Lígia (1998) – *Pertenças sociais e formas de percepção e representação social da morte*. Lisboa: Psicologia, Vol. XII, nº1, p.115-137

OLIVEIRA DE BARROS, José – *Filosofia da educação e pedagogia da morte*. p. 476 Acedido em 22.01.2013, Disponível em : <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/6233.pdf>

PACHECO, S. (2004) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

PAIS-RIBEIRO, J. (1999) – *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 152 p. ISBN 972-8449-44-5

PALDRON, T (2004).- *Dignidade e sentido da vida: Sentido da vida e valores espirituais*. Cascais: Pergaminho

PARGAMENT, K.I. (1997) – *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press

PAYNE, B.P. (1990) - *Research and theoretical approaches to spirituality and aging*. *Generations*, 14(4), 11-15.

PEREIRA, M. G. & LOPES, C. (2002) - *O doente oncológico e a sua família* (1ª Edição, Manuais Universitários 25). Lisboa: Climepsi Editores.

PEREIRA, Sandra (2010) – *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

PINTO, C ; RIBEIRO, José Luis (2007) - *Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde*, pp.47-53 Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>

PINTO, V. (1991) – *Entre a vida e a morte, a razão da esperança*. Revista Servir Vol. 39, nº1 Jan./Fev., p.14-15

POLIT Denise F; HUNGLER, Bernadette (2000) – *Investigación Científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos*. 6ª ed. Mexico: McGraw-Hill, 715 p. ISBN 0-7817-1562-8

PUCHALSKY, Christina et al. (2006) - *Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model*. *The Cancer Journal*. Vol. 12, Nº 5 (Setembro/ Outubro), pp. 398-416. [Consultado. 28.12. 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=19&sid=4f32fc32-6923-4d53-96d2-8a2a4d3d21de%40sessionmgr4>

QUEIRÓS, M. J. (1999)- *O luto*. In PORTELA.L. e NETO, I. (coord.). Dor e Cuidados Paliativos. Lisboa. Permanyer Portugal

QUINTANA, Francisco Cruz *et al.* (2001) - *Enfermería, familia y paciente terminal*. "Revista de Enfermería". Espanha. vol. 24, n.º 10 pp.8-12

REIMÃO, Sofia (2010) – *A questão da medicina e a morte como questão em Hans-Georg Gadamer*. Universidade Católica Editora, p.18

RUMBOLD, B. D. (2003). *Caring for the spirit: lessons from working with the dying*. The Medical Journal of Australia, 179, p.11-13

SAGEHOMME, D. (1997) – *Por um trabalho melhor: guia de análise das condições de trabalho em meio hospitalar* p. 55: Coimbra. Formasau

SAPETA, A. P. G. A. (2003). *Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica*. Revista de Investigação em Enfermagem, 7, 24-35, p.25

SAPETA, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*, Loures: Lusociência.

SAPETA, P. & LOPES, M. (2007). *Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo enfermeiro doente*. Revista Referência II série, 4, 35-57. Acedido a Julho 25, 2009, Disponível em:
http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=15&id_rev=4&id_edicao=4

SARAIVA, D.(2009) – *Atitude do Enfermeiro perante a morte*. Acedido 14.03.12, Disponível em:
http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do

SAVATER, Fernando (2000) – *As perguntas da vida*. Publicações Dom Quixote

SINCLAIR, S; RAFFIN, S ; PEREIRA, J, GUEBERT,N (2006) - *Collective soul: the spirituality of an interdisciplinary palliative care team*. Palliative & Supportive Care, 4 (1):13-24

SINCLAIR, S (2011) - Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals, CMAJ : Canadian Medical Association Journal , 183(2):180-187

SIMÕES, A; KLLUPEL, B. E SOUSA, S. (2012): *Bem-Estar Espiritual e Síndrome de Burnout em Psicólogos de Hospitais Públicos em João Pessoa/PB*, Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial 1 (2), 192- 202. Acedido em 30.01.13 em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/14240/9044>

SILVA, José Nuno Ferreira (2012) – *A Morte e o Morrer: entre o deslugar e o lugar*. Porto: Edições Afrontamento

TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed., Lisboa: Climepsi Editores

VOLCAN, S. et al. (2003) – *Relação entre Bem-Estar Espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Revista de Saúde Pública, 37 (4):440-5

VOLCAN, S., SOUSA, P.L.R., MARI, J.J., & HORTA B.L. (2003). *Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Revista de Saúde Pública, 37(4), 440-445.

WATSON, Jean (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado. Colorado Associated University Press Boulder

WESSEL, E; RUTLEDGE, D (2005) - *Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying: Effects of Palliative Care Education*. Journal of Hospice & Palliative Nursing: July/August 2005 - Volume 7 - Issue 4 - p 212–218

WESTGATE, C.E.(1996) – *Spiritual wellness and depression*. Journal of Counseling and Development, 75, 26-35

WHO – programmes and projects cancer palliative cancer. Acedido a 09/11/2012, Disponível em: URL:<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WORTHINGTON, E. L. et Al. (2011) – *Religion and Spirituality*, *Journal of Clinical Psychology*, vol.67, pp.204-214

ANEXO I – Questionário para Profissionais de Saúde

Questionário para Profissionais de Saúde

O meu nome é Dulce Silva Pereira, sou mestranda em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina do Porto.

O trabalho de investigação que desenvolvo, pretende estudar as diversas perspectivas de morte e o

bem-estar espiritual em profissionais que cuidam de doentes terminais.

São objetivos deste estudo, perceber as diferentes percepções que os profissionais de saúde

apresentam sobre a morte, analisar bem-estar espiritual, e eventualmente correlacionar estes

conceitos. Compreender-nos enquanto profissionais e pessoas humanas permitir-nos-á, com

certeza prestar melhores cuidados de saúde.

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pedindo desculpa pelo

possível incómodo que causei. Este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são

confidenciais.

Por favor, responda a todas as questões para que o seu questionário seja válido.

Para qualquer questão agradeço que me contacte!

Telemóvel: 925090875

E-mail: dulcemarpereira@gmail.com

OBRIGADA!

* Required

Parte I - Questionário Sócio - Demográfico

1. Sexo : *

Check all that apply.

Masculino

Feminino

2. Idade *

Anos

3. Estado Civil *

Check all that apply.

Casado(a)

Solteiro(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

4. Profissão *

Check all that apply.

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Psicólogo(a)

Assistente Social(a)

Other:

5. Tempo de Exercício Profissional *

Anos -----

6. Habilitações Profissionais *

Check all that apply.

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Pós-Graduação

7. Possui alguma formação específica em Cuidados Paliativos? *

Check all that apply.

Sim

Não

8. Se respondeu afirmativamente na questão anterior, especifique que tipo de formação.

9. Em que tipo de Unidade Funcional exerce funções? *

Check all that apply.

USF/UCSP

UCC

ECCE

Outras unidades funcionais do Centro de Saúde

Serviço Hospitalar de Urgência

Serviço Hospitalar de Internamento

Outros Serviços Hospitalares

Outros Locais

10. Na sua prática lida frequentemente com a morte e com doentes em fase terminal? *

Check all that apply.

Sim

Não

Parte II - Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas de Morte (Spilka e col., 1977; tradução e validação portuguesa de Barros, J. e Félix, 2004

Em todas as perguntas seguintes, escolha a que melhor corresponda ao seu caso, conforme este significado:

1 = Totalmente em desacordo

2 = Bastante em desacordo

3 = Um pouco em desacordo

4 = Um pouco de acordo

5 = Bastante de acordo

6 = Totalmente de acordo

11. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. O último momento de agonia

2. O fim de um tempo de isolamento

3. A última miséria
4. O destino de cair na berma da estrada
5. A última angústia e tormento
6. Uma experiência de solidão no momento da morte

12. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. A entrada num lugar de total satisfação
2. Um limpar e renascer de si mesmo
3. A própria ressurreição e recompensa
4. União com Deus e eterna ventura
5. Oportunidade de deixar esta vida em troca de outra melhor
6. A porta de entrada no céu e na felicidade plena

13. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. Pouco importante tendo em conta tudo o resto
2. De poucas consequências
3. Algo a que devemos ficar indiferentes e esquecer
4. Nem temida nem bem-vinda
5. Coisa indiferente de uma forma ou de outra

14. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. A maior das incertezas
2. O maior dos mistérios
3. O fim do conhecido e o princípio do desconhecido
4. Algo sobre que devemos dizer “não sei”
5. Um ponto de interrogação
6. A maior ambiguidade entre as complexidades da vida

15. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. Deixar os que dependem de nós sujeitos às dificuldades da vida
2. Abandonar aqueles que amamos
3. Razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família
4. Razão para se sentir culpado
5. Deixar a família entregue à sua sorte

16. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. Uma oportunidade para provar que lutámos por algo na vida
2. Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida
3. Um grande momento de verdade para si mesmo
4. Uma oportunidade para uma grande realização
5. Um tempo para recusar a humilhação ou a derrota
6. Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida

17. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. Um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal
2. O fim das nossas esperanças
3. O falhanço pessoal na procura do sentido da vida
4. A destruição da última oportunidade de plena realização
5. A derrota na luta por ser bem sucedido e alcançar objetivos

18. A morte é: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5 6

1. Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo
2. O acto final de harmonia com a existência
3. Um aspecto natural da vida
4. Parte do ciclo da vida

Parte III- Questionário de Bem- Estar Espiritual (Gomez & Fisher, 2003; Adaptação Gouveia et al., 2009)

A espiritualidade pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano. A saúde espiritual pode ser vista como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses. Responda utilizando a seguinte escala:

- 1= muito pouco
2= pouco
3= moderadamente
4= muito
5= muitíssimo

Se lhe parecer mais adequado, pode substituir a palavra “Deus” por “Força Cósmica”, “Universo” ou outra expressão idêntica, cujo significado seja mais relevante para si. Não perca muito tempo em cada afirmação. A primeira resposta é provavelmente a mais adequada para si.

19. Em que medida você se sente a desenvolver: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5

1. afecto pelas outras pessoas
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus
3. generosidade em relação aos outros
4. uma ligação com a natureza
5. um sentimento de identidade pessoal
6. admiração e respeito pela Criação

20. Desenvolver: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5

7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante
8. a confiança entre as pessoas

- 9. auto-conhecimento
- 10. um sentimento de união com a natureza
- 11. o sentimento de união com Deus
- 12. uma relação de harmonia com o ambiente
- 13. um sentimento de paz com Deus

21. Desenvolver:: *

Mark only one oval per row.

1 2 3 4 5

- 14. alegria na vida
- 15. uma vida de meditação e/ou oração
- 16. paz interior
- 17. respeito pelas outras pessoas
- 18. um sentido para a vida
- 19. bondade para com os outros
- 20. uma sensação de deslumbramento pela natureza

Powered by

**ANEXO II – Autorização para a aplicação da versão portuguesa das
Escala Breves sobre Diversas Perspetivas de Morte**

dulce pereira <dulcemarpereira@gmail.com>

7/03

para fneto

Ex.º Prof. Dr. Félix Neto

Neste momento encontro-me a desenvolver a minha tese de mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina do Porto. O tema aprofunda as perspectivas de morte dos profissionais de saúde que lidam com doentes em fase terminal.

Neste sentido, venho solicitar-lhe a autorização para poder aplicar as Escalas breves sobre diversas perspectivas da morte, validadas por si e pelo Prof. Dr. José Barros Oliveira.

Com os melhores cumprimentos

Dulce Pereira

Felix Neto <fneto@fpce.up.pt>

7/03

para mim

Bom dia

Nada tenho a opor quanto à utilização das escalas breves na sua investigação.

Cumprimentos

Félix Neto

**ANEXO III – Autorização para a aplicação da versão portuguesa do
Questionário de Bem – Estar Espiritual**

dulce pereira <dulcemarpereira@gmail.com>

17/05

para mjgouveia

Bom Dia

Chamo-me Dulce Pereira e sou Mestranda em Cuidados Paliativos e é minha intenção realizar um estudo de investigação sobre perspectivas de Morte e Bem-Estar Espiritual em Profissionais de Saúde. Assim, venho desta forma pedir a autorização para utilizar no meu trabalho a versão portuguesa do questionário de Bem-Estar Espiritual.

Com os melhores cumprimentos

Maria J. Gouveia <mjgouveia@ispa.pt>

20/05

para mim

Cara Dulce

Agradeço o seu interesse na escala de bem-estar espiritual de Fisher (1999) que adaptei e validei para a língua portuguesa.

Tenho todo o gosto em fornecer-lhe a versão que está atualmente a ser utilizada nos estudos que coordeno aqui no ISPA, em Lisboa.

Os resultados do 1º estudo de validação estão publicados na revista Psicologia, Saúde e Doenças (Gouveia, M.J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J.L. (2009). Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. Psicologia, Saúde e Doenças 10(2), 285-293). Outros dados de validação estão igualmente disponíveis em (Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2012). Estudo da invariância factorial do Questionário de Bem-Estar Espiritual em praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental. Psychology, Community & Health, 2, 140-150.). Ambas as revistas estão acessíveis em texto integral através da Scielo.

As instruções de cotação estão disponíveis quer nesses artigos quer nas referências do autor original (Fisher, 2008, 2010 e 2011).

O instrumento tem sido muito utilizado em diferentes amostras em Portugal e em outros países de língua portuguesa. Os resultados têm sido globalmente adequados, exceto em populações idosas para o qual o instrumento não parece ser ainda suficientemente válido. Estou neste momento a trabalhar na versão para maiores de 65 anos.

Seria interessante se pudéssemos depois ter informação sobre o modo como a escala funcionou no vosso estudo. Acha que será possível?

Cumprimentos,

Maria João Gouveia