

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe
interdisciplinar que atua em cuidados paliativos**

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Pelotas, 2009

ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA ARRIEIRA

A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Dr^a Maira Buss Thofehrn

Pelotas, 2009

Folha de Aprovação

Autora: Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Título: A Espiritualidade no Processo de Trabalho de uma Equipe Interdisciplinar que atua em Cuidados Paliativos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas para conquista do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: 23/10/2009

Banca examinadora

Dr^a Maira Buss Thofehr (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Adelina Giacomelli Prochnow (Titular)
Universidade Federal de Santa Maria

Dr^a Luciane Prado Kantorski (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Rosani Manfrim Muniz (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Álvaro Hipólito (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

DEDICATÓRIA

À esta energia suprema (que para mim é Deus) a qual me oportuniza conviver com pessoas em fase de cuidados paliativos, que me ensinam a valorizar cada minuto da minha existência como um milagre que não poderá ser repetido!

AGRADECIMENTOS

Agradecer significa a possibilidade de reconhecer que, em nossa passagem pelo planeta Terra, só evoluímos se pudermos contar com a colaboração amorosa de nossos familiares, professores, colegas e amigos, permeados pela energia superior que envolve o nosso ser. Por isso, reporto-me e agradeço:

À minha orientadora e amiga Maira por ter aceitado o desafio de estudar a espiritualidade, por não ter medido esforços para me auxiliar na construção deste estudo e pela sua experiência de pesquisadora que soube me instigar a buscar respostas para as questões que não estavam claras.

À direção da faculdade de enfermagem e coordenadora do programa de pós-graduação que se empenharam para a aprovação do curso, do qual tive o privilégio de participar da primeira turma.

Aos meus colegas e amigos da equipe interdisciplinar do PIDI, que foram incansáveis durante a realização da pesquisa e acreditaram que poderiam contribuir para o desenvolvimento científico, em busca de satisfação dos usuários e dos próprios trabalhadores da saúde.

Às minhas colegas Adrize e Josi que estão estreando na profissão como enfermeiras e que com certeza terão um futuro brilhante. Elas foram minhas parceiras e desenvolveram um papel fundamental durante este estudo.

À minha família: Toninho, meu companheiro de mais de um quarto de século, Rafa, Henrique e Helena, meus adorados filhos que se mostraram compreensíveis durante estes dois anos do curso de mestrado, pois muitas vezes precisei abrir mão de seu convívio para me dedicar às atribuições do estudo.

Aos meus pais que me deram o dom da vida e sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos.

À minha amiga, comadre e colega Carol, parceira de tantas caminhadas, que sempre tem palavras de incentivo, as quais eu adoro ouvir.

A todas as minhas colegas de turma, parceiras de chimarrão durante as aulas, que me ensinaram muito durante a socialização de conhecimentos que tivemos nestes dois anos de convivência.

Às minhas colegas (que se tornaram amigas) Ju e Teila que sempre se colocaram à disposição de compartilhar comigo seus conhecimentos, trabalhos e produções científicas.

Ao meu amigo e colega Mateus que esteve sempre com paciência e boa vontade para me auxiliar a desvendar a informática, a qual não possuía domínio.

Aos professores, Álvaro, Luciane, Rosani e Maria Cecília que participaram da minha qualificação e demonstraram imenso interesse em colaborar para o sucesso deste estudo.

A professora Adelina que gentilmente aceitou participar da avaliação do meu trabalho, mostrando-se acolhedora e apresentando contribuições importantes.

A todos os professores do curso de mestrado que tiveram um papel importante na abordagem de conhecimentos e de suas experiências, que contribuíram para a realização deste estudo.

Às minhas colegas, Gilmara e Ângela que sempre se mostraram compreensíveis e se empenharam para me liberar a fim de que eu pudesse participar das aulas e atividades do curso de mestrado.

Ao meu colega e amigo Cleimam que sempre me incentivou a continuar estudando e que tenho a certeza de que torce pelo meu sucesso.

RESUMO

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos**. Data da defesa: 23.10.2009. 152f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde (Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde). Maira Buss Thofehrn. Orientadora. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este estudo teve como objetivo construir o significado de espiritualidade para a equipe interdisciplinar que atende o ser humano portador de câncer em cuidados paliativos, internados no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico, partindo da construção individual de espiritualidade de cada componente da equipe. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Teve como referencial teórico a Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky, na qual o autor identifica dois níveis de desenvolvimento: um se refere às conquistas já efetivadas, que ele chama de nível de desenvolvimento real ou efetivo, e o outro, o nível de desenvolvimento potencial ou proximal, que se relaciona às capacidades em vias de serem construídas. Participaram da investigação oito profissionais que integram tal equipe. A coleta de dados ocorreu através da técnica de grupo focal, num total de cinco reuniões, das quais emergiram os seguintes temas: significado de espiritualidade construção individual; espiritualidade, cuidados paliativos e morte; espiritualidade como harmonizador e oportunidade de aprendizado para a equipe; abordagem do tema espiritualidade durante a formação e significado da espiritualidade para a equipe do PIDI Oncológico. Após a reflexão e análise dos dados percebeu-se que na assistência aos portadores de câncer em cuidados paliativos torna-se imprescindível a inclusão da abordagem espiritual por todos os componentes da equipe interdisciplinar. Este estudo foi um importante dispositivo para o desenvolvimento das habilidades da maioria dos componentes da equipe em relação à abordagem espiritual no cuidado dos pacientes do PIDI. Outro dado importante que surgiu como resultado foi a ausência da abordagem do tema espiritualidade durante a formação da maioria dos integrantes da equipe. Tal fato fica como desafio para as instituições de ensino que, na maioria das vezes, tem como foco a integralidade do cuidado. Dentre os significados construídos pelo grupo a inclusão da espiritualidade no cuidado dos pacientes em cuidados paliativos significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades, além de atuar como facilitador nas relações com os usuários, sua família e entre a equipe.

Palavras-chave: Espiritualidade. Cuidados paliativos. Enfermagem oncológica. Equipe interdisciplinar de saúde.

ABSTRACT

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **Spirituality in the work process of an interdisciplinary group that acts through palliative care.** Defense date 2009: 23.10.2009. 152f. Dissertation (Masters). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde (Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde). Maira Buss Thofehr. Guideline. Nursing and Obstetrics University. Federal University of Pelotas, Pelotas.

This work aimed to build the meaning of spirituality for the interdisciplinary group that takes care of people suffering from cancer through palliative care. That group participates in the Oncologic Interdisciplinary Home Admission to hospital program (PIDI), from the individual building of spirituality of each member of the group. It is about a research with a qualitative, descriptive and exploratory approach. It had Vygotsky's Historical-Cultural Theory as a theoretical reference. Vygotsky identifies two levels of development: one is about the achievements already reached which he calls *level of real or effective development* and the other one is the *level of potential or proximal development*, which relates to the capacities on the point of being built. Eight professionals from that group participated in the research. Data collection was carried out through the focal group technique, in a total of five meetings from which the following themes appeared: meaning of spirituality: individual building; spirituality: palliative care and death; spirituality: as a harmonizing element and an opportunity of group learning; an approach about *spirituality* during the building and meaning of spirituality for the oncologic PIDI group. After analyzing and reflecting about the data I could notice that when we take care of people who suffer from cancer through palliative care it is essential to include a spiritual approach for every member of the interdisciplinary group. This study was an important device to develop the abilities of most group members related to the spiritual approach in taking care of PIDI patients. As a result, another important fact that appeared was that most people in the group did not have any approach about spirituality in their education. That fact becomes a challenge to teaching institutions which focus care completeness most of the time. Among the meanings built by the group the inclusion of spirituality in patients' care in palliative care means recognizing human beings in their entirety, respecting their individualities besides acting as facilitators in the relationships between the users, their families and the group.

Key Words: Spirituality. Palliative care. Nursing oncologic. Health interdisciplinary group.

LISTA DE SIGLAS

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

FAU – Fundação de Apoio Universitário

HE – Hospital Escola

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IOELC – International Observatory on End of Life Care

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIDI – Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar

PNH – Política Nacional de Humanização

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

ZDP – Zona de Desenvolvimento Potencial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Pressupostos.....	20
1.2 Objetivo Geral.....	21
1.3 Objetivos Específicos	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 Espiritualidade e o Processo de Trabalho na Saúde e na Enfermagem.....	22
2.2 Força de Trabalho: Equipe Interdisciplinar e Espiritualidade	29
2.3 Cuidados Paliativos e Espiritualidade: um Modo de Atenção ao Ser Humano em Processo de Morrer	34
2.4 Referencial Teórico: Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky	40
3 METODOLOGIA	46
3.1 Tipo de Estudo	46
3.2 Local do Estudo	47
3.3 Sujeitos da Pesquisa.....	49
3.4 Critérios para a Seleção dos Sujeitos	50
3.5 Princípios Éticos	50
3.6 Procedimentos para Coleta de Dados	51
3.7 Análise dos Dados	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1 Significado de Espiritualidade Construção Individual.....	56
4.2 Espiritualidade, Cuidados Paliativos e Morte	62
4.3 Espiritualidade como Harmonizador e Oportunidade de Aprendizado para a Equipe.....	67
4.4 Espiritualidade Durante a Formação	73
4.5 Significado da Espiritualidade para a Equipe do PIDI Oncológico	77

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES	93
ANEXO	116

1 INTRODUÇÃO

A equipe interdisciplinar em cuidados paliativos presta assistência ao ser humano portador de câncer em processo de morrer. A enfermagem encontra-se presente e atua a partir de um processo de trabalho próprio e restrito a sua área de conhecimento. Esse processo de trabalho está envolto por uma multidimensionalidade, porém para facilitar a compreensão deste estudo, vamos adotar a da materialidade, a da subjetividade e a da espiritualidade, isto é, material que se refere à explicação racional e lógica para todo e qualquer fenômeno. A subjetividade relaciona-se a emoções, sentimentos, ideias e preferências que são próprios de cada sujeito. A espiritualidade relaciona-se às questões que transcendem a vida cotidiana e encontram-se relacionadas ao propósito da existência humana, a busca por sentido e significado à vida (ARRIEIRA, et al., 2009).

Assim com o aumento das doenças crônico-degenerativas observamos que a superação dos principais problemas de saúde exige mudanças profundas no modo de vida que só acontecem se é mobilizada uma força excepcional nos usuários e nos grupos, algo que a educação em saúde tradicional, centrada no repasse de informações, pouco acrescenta. Aqui se reporta a dimensão material e racional. Encontra-se aí a força da espiritualidade como instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser, em que se assentam os valores, motivações profundas e sentido da existência individual e coletiva (VASCONCELOS, 2006). Desta forma, vai-se além da dimensão da subjetividade a qual se depara com sensações emocionais presentes no cotidiano de cada ser humano sem a necessidade de momentos reflexivos.

O mesmo autor observa que o trabalho em saúde vem apresentando alguns questionamentos em relação às múltiplas dimensões, as quais o conhecimento científico da biomedicina não consegue responder. Entre elas a espiritualidade é vista como algo que transcende. Está relacionada ao propósito da vida, com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente

entendido. Considera, ainda, os aspectos que podem trazer a paz e a fé em algo ou na vida, pois desencadeia o poder de amar a nós mesmos e aos outros.

Cabe um esclarecimento do termo “transcendência” e para tanto trago a explicação de Frankl, (1993) psiquiatra e neurologista austríaco para quem este tema através do inconsciente espiritual é aprofundado. O autor afirma que a dimensão espiritual é obrigatória ou necessariamente inconsciente. Ele explica que a pessoa é constituída de uma intencionalidade que a dirige para algo ou alguém fora de si mesma. Somente por meio desta transcendência é que o espírito realiza a execução de atos espirituais, dirigidos a algo ou a alguém. Somente assim é que o espírito se manifesta verdadeiramente. A pessoa fica tão absorvida ao executar seus atos espirituais que ela não é passível de reflexão. Isto acontece, por exemplo, quando o pensamento é profundo e totalmente voltado para um ato muito importante a ponto de a própria pessoa não perceber e muito menos conseguir pensar em algo mais simultaneamente. Portanto, a existência espiritual é irreflexível por não ser passível de reflexão no momento em que ela está se realizando pelo processo de transcendência, enquanto uma experiência interna única e singular (JÚNIOR; MAHFOUD, 2001).

A equipe interdisciplinar, no caso desse estudo, em vários momentos vivencia processos de transcendência durante a execução de suas ações com as pessoas acometidas por câncer em cuidados paliativos. Frequentemente esses seres humanos em processo de morte vivem crises subjetivas intensas e alguns mergulham profundamente nas dimensões inconscientes, ou seja, na dimensão da espiritualidade.

Para Vasconcelos (2006) é nessa elaboração profunda que são construídos novos significados para a vida, os quais são capazes de mobilizar as difíceis tarefas de reorganização do viver, exigida para a conquista da saúde. Havendo assim, a necessidade da equipe compreender e se adequar a essas experiências situacionais presentes no processo de viver.

São estes significados que na visão Vygotskyana propiciam a mediação simbólica entre o ser humano e o mundo real, construindo-se no filtro através do qual a pessoa é capaz de compreender o mundo e agir sobre ele. Como os significados são construídos ao longo da história dos grupos humanos, com base nas relações dos seres humanos com o mundo físico e social em que vivem, eles estão em constantes transformações (OLIVEIRA, 2001).

Ainda as pessoas percebem e sentem o fato do diagnóstico de câncer ou da simples possibilidade de sua confirmação como ameaça de morte e automático rompimento do equilíbrio do processo de viver. A ideia de câncer é tão arraigada a associação de morte que, mesmo continuando a viver, esta possibilidade permanece para as pessoas. Existem muitas doenças fatais além do câncer, porém o que percebemos é que as outras doenças causam a morte, mas o câncer acarreta também a destruição da pessoa (CARVALHO, 2003).

Dentro do processo de trabalho da equipe interdisciplinar encontramos elementos capazes de suprir as necessidades e anseios do nosso objeto de trabalho que compreende o paciente e sua família. Referindo-nos ao processo de trabalho na saúde, o mesmo tem como finalidade a ação terapêutica sobre o objeto que corresponde ao ser humano, independente de sua condição de saúde ou ainda com exposição a riscos, com necessidades de manter a sua saúde, evitando doenças ou ainda ser submetido a medidas curativas, como instrumento de trabalho as condutas, que representam o nível técnico do conhecimento em saúde e, tem como produto final a própria prestação da assistência em saúde que é produzida ao mesmo tempo em que é consumida (LEOPARDI, 1999).

Já no processo de trabalho específico da enfermagem cabe ao enfermeiro a implementação, a coordenação, o gerenciamento e o controle das situações que acontecem no cotidiano do cuidado, além da responsabilidade pela organização do ambiente, manutenção e obtenção das condições de trabalho para os demais trabalhadores da saúde (LUNARDI FILHO, 2000), questões essas entendidas como instrumento gerencial de trabalho.

Perante a importância dos subsídios que compõem o processo de trabalho da saúde e da enfermagem, será focada a equipe interdisciplinar em cuidados paliativos que se caracteriza pela troca contínua de informações entre os profissionais. O paciente se encontra no centro da equipe, os integrantes da equipe trabalham sincronizadamente e estabelecem necessariamente uma comunicação direta. Existe um registro único para toda a equipe que tem reuniões programadas, as quais são imprescindíveis para se combinar as ações com vistas a prestar assistência ao ser humano portador de câncer em processo de morrer, na qual a enfermagem atua a partir de um processo de trabalho próprio e restrito a sua área de conhecimento.

Frente à impotência desencadeada pela própria enfermidade faz-se necessário atentar-nos aos aspectos que envolvem a espiritualidade, procurando adequá-los a prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. A pessoa busca significado em tudo que está no seu interior e ao seu redor, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre à procura de algo que nos auxilie na complementaridade de nosso ser. A transcendência da existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim (PERES; SIMÃO; NASEL, 2007).

Há uma milenar tradição do uso da espiritualidade no enfrentamento dos problemas de saúde que pode ser resgatada, mas que necessita ser atualizada para as características da sociedade contemporânea (VASCONCELOS, 2006).

Questiona-se se o corpo do ser humano tem espírito. Mais importante que essa questão, que deve ser debatida em outro âmbito, é a afirmativa inquestionável de que a pessoa possui uma “espiritualidade”. Esta dimensão de parâmetro de bem-estar não divide a matéria e a ela transcende. Como já foi abordado, o mundo cotidiano está baseado em questionamentos pessoais de perguntas existenciais de significados e propósitos. Com certeza, a crença em aspectos espiritualistas é mais importante do que a comprovação da existência de tais conceitos. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Observamos que os profissionais que se permitem entender a fragilidade da vida humana tornam-se mais humildes e voltados para o que realmente vale na vida. Demonstram capacidade de compreender os valores espirituais como o amor, a amizade, o companheirismo e a solidariedade, considerando que as experiências humanas são individuais, ímpares e possuem, assim, perfeita consciência de que a crença de cada indivíduo deve ser respeitada.

Sabemos que desde o nascimento da enfermagem científica através de Florence Nightingale em 1854 e o seu trabalho na Guerra da Criméia o cuidado espiritual era oferecido aos doentes em fase terminal ou aos gravemente feridos, através da leitura de trechos da Bíblia trazendo-lhes conforto através de suas palavras nas visitas à noite (STAMM, 2002). Florence defendia a tolerância, a compaixão pelo ser humano, a destituição de preconceitos e o respeito pelo outro e

pela vida humana, além de manter a dignidade no cuidar do ser que está em sofrimento (NIGHTINGALE, 1989).

Por sua vez no Brasil, Wanda Horta, doutora em enfermagem, foi a primeira estudiosa brasileira que ao defender e publicar suas ideias a partir das Necessidades Humanas Básicas enfatizou a espiritualidade como uma necessidade básica do ser humano a ser observada e incluída no cuidado de enfermagem (HORTA, 1979).

Para tal, a dimensão espiritual é uma parte integrante do indivíduo, sendo importante para os enfermeiros avaliá-la e nela intervir quando necessário, enquanto reconhece os pacientes como seres humanos únicos, considerando seus corpos, mentes e almas. Atualmente existem meios eficazes para o alívio dos sintomas físicos e também a oportunidade de explorar as necessidades espirituais do paciente. Entretanto, essa dimensão deve ser diferenciada do aspecto religioso do indivíduo e do seu comportamento psicossocial. Algumas pessoas sentirão necessidades espirituais e não necessidades religiosas.

Assim torna-se importante diferenciar espiritualidade de religiosidade. A primeira pode ser definida como algo que transcende a existência humana. Transcender é transitar entre níveis de realidades. Pode estar latente sempre, independente da pessoa a evocar. É uma condição de elevação, de desprendimento, enquanto que religiosidade envolve um sistema de culto, com dogmas e normas formando uma doutrina que é compartilhada por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas (PERES; SIMÃO; NASEL, 2007). Ainda, o termo espiritualidade pode ser definido como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida (VASCONCELOS, 2006).

O interesse sobre as questões que envolvem a espiritualidade e a religiosidade sempre existiu no curso da história humana, a despeito de diferentes épocas ou culturas. Contudo, apenas recentemente a ciência tem demonstrado interesse em investigar o tema. Antes da década de 60 os estudos eram dispersos, porém nesse período foi que surgiram os primeiros periódicos especializados, entre eles o Journal of Religion and Health. A partir dessa época, encontramos investigações sobre espiritualidade e religiosidade em casos específicos, por exemplo, em enfermidades graves, depressão e transtornos ansiosos, os quais

mostraram pertinência quanto à investigação do impacto dessas práticas na saúde mental e na qualidade de vida (PROPST et al., 1992).

Os afetos, experiências e sensações que dão significado à existência individual ou grupal, ficam armazenados e são movimentados por um imaginário. Ele se constitui por uma força afetiva, não racional, intimista, que vai se acumulando em nós, mesmo que não o saibamos, sendo vetor de nossas ações e está completamente arraigado em nós. Mesmo com todas as evidências no cotidiano de fenômenos envolvendo os aspectos religiosos e espirituais, tais como o aumento dos movimentos religiosos, a identificação da mudança nas pessoas, na forma de ver o mundo e no significado da vida após traumas existenciais, o meio científico se mostra muito resistente e às vezes até ignora tais fatos (VASCONCELOS, 2006).

Assim relaciono o interesse pelo tema espiritualidade à minha trajetória profissional. Iniciei como enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e nesta área permaneci por quinze anos. Lembro-me de que durante todos estes anos sempre foi muito sofrido assistir crianças em processo de morte. Para tanto, procurava criar vínculo com as mães a fim de auxiliá-las nos momentos de agravamento do quadro e muitas vezes morte de seus filhos. Observei que quando conseguíamos trabalhar a relação dos pais com a criança, o processo de morte ocorria com mais serenidade. Tive oportunidade de presenciar a finitude de algumas crianças com câncer, as quais me transmitiram vários ensinamentos e motivaram-me a estudar tal tema.

Em 2005 com a criação do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico obtive a oportunidade de me integrar à equipe, com o desafio de aprender a assistir usuários de qualquer idade portadores de câncer. Este programa foi criado pelo Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e pela Fundação de Apoio Universitário (FAU) para complementar o ciclo de cuidado integral, pois a instituição citada é referência no tratamento de câncer no município de Pelotas e na Região Sul do Estado, partindo do diagnóstico, tratamento e cura até o cuidado paliativo para pacientes sem possibilidade de cura, em ambiente domiciliar.

Cabe ressaltar que os princípios que regem os cuidados paliativos foram estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e entre eles encontramos a necessidade de reafirmar a importância da vida, considerando o morrer como um processo natural, de estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte,

nem a prolongue com medidas desproporcionais, de propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos, de integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado, de oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a levar uma vida tão ativa quanto lhe for possível antes que a morte sobrevenha e de oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (WHO, 1990).

No PIDI encontrei um grupo de profissionais dispostos a seguir estes princípios ao prestar assistência a pessoas numa fase difícil da vida, em tratamento de uma doença a qual a maioria não quer nem citar o nome, pois o câncer lhes é assustador. Esta equipe comporta-se como um time, em que cada um tem o seu valor e todos lutam por um objetivo comum, que neste caso consiste em aliviar sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, mantendo a autonomia da pessoa e de sua família na assistência domiciliar.

Como integrante desta equipe interdisciplinar sinto a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre espiritualidade, com o objetivo de responder a várias questões que ocorrem durante o processo do cuidado, tais como a dificuldade que enfrenta o paciente no momento de sua morte para se desprender das pessoas que lhe são caras e a da própria família para auxiliá-lo neste momento que, como o nascimento, é único. No processo de trabalho da enfermagem temos avançado no conhecimento biopsicossocial, em contraponto, percebemos uma lacuna nas questões que envolvem a espiritualidade.

Quando iniciamos nosso trabalho em equipe, na criação do PIDI Oncológico, sabíamos que assistir pessoas em fase de cuidados paliativos seria um grande desafio. Porém, desde as primeiras reuniões os profissionais começaram a trazer dúvidas em relação à assistência espiritual. A partir do momento em que os pacientes e suas famílias criam vínculos com os profissionais, começam a surgir os questionamentos e a solicitação de respostas.

Nas discussões da equipe constatamos que nenhum dos profissionais havia recebido qualquer orientação em relação ao manejo das necessidades espirituais durante o processo de formação, porém sentíamos a necessidade de oferecer alguma orientação e a fazíamos de acordo com a demanda e o potencial individual de cada profissional.

Procuramos reconhecer as potencialidades demonstradas no ambiente familiar, porém reconhecemos a necessidade de aprofundarmos a discussão entre a equipe e buscar suporte em estudos publicados sobre o tema “espiritualidade”.

Há aproximadamente um ano tivemos a inclusão na equipe do PIDI Oncológico de um teólogo que atua como voluntário, participando das visitas aos pacientes duas vezes por semana, das reuniões da equipe e com o grupo de cuidadores, que acontecem quinzenalmente. Tal presença em nossa equipe evidenciou ainda mais a necessidade de nos familiarizarmos com o tema espiritualidade, pois entendemos que no trabalho interdisciplinar é fundamental a cumplicidade nas ações.

Observamos que a crise proveniente da doença terminal fragiliza o paciente e sua família, podendo quebrar as barreiras que protegem sua intimidade mais profunda, principalmente em relação às pessoas que lhes estão cuidando. A intimidade desarrumada é então exposta como nunca. Na vida agitada e competitiva da modernidade, a doença avançada é uma das poucas situações que justifica e obriga a um repouso e a um isolamento prolongado. Nesta situação de silêncio, dor, dependência do cuidado de outros e encontro com a possibilidade de morte, sentimentos fortes de raiva, inveja, ressentimento, auto-piedade, vulnerabilidade, medo, desespero, fantasias e desejos confusos são evocados e parecem tomar a mente por períodos prolongados (VASCONCELOS, 2006).

Estas vivências emocionadas e dolorosas criam um estado de sensibilidade em que gestos pequenos dos cuidadores passam a ter um significado profundo. Aparece um momento de intensa elaboração mental, com questionamento dos valores que vinham norteando a vida do enfermo. Neste sentido, o profissional da saúde, à medida em que trabalha com os momentos de crise mais intensa das pessoas, tem acesso e é envolvido num turbilhão nebuloso de sentimentos e pensamentos, em que elementos inconscientes da subjetividade se tornam poderosos. Lida com situações de crise que podem levar a uma desorganização ainda maior da vida do paciente pela prisão às redes de mágoas, ressentimentos, perda da energia vital, confusão e destruição dos laços afetivos ou a uma reorganização da existência em direção a uma vida plena e saudável (VASCONCELOS, 2006).

Quando o paciente sensibiliza o profissional da saúde para além de sua mente consciente, mobilizando emoções provenientes do seu inconsciente, são

despertados saberes e gestos com uma poderosa capacidade de esclarecimento e com grande potencial terapêutico. O profissional que resiste a este envolvimento tem pouca eficácia na transformação subjetiva de seu paciente (VASCONCELOS, 2006).

Entendo que tanto para o paciente como para o profissional torna-se importante compreender o significado desse processo. Com vistas a compreender o significado de espiritualidade para a equipe do PIDI, a partir do contexto sócio-interacionista e histórico-cultural fui buscar respaldo teórico com Vygotsky, o qual percebe a significação, a criação e uso de signos, como uma atividade fundamental do ser humano, aquela que o diferencia dos animais do ponto de vista psicológico, e viabiliza a transformação do mundo e a recriação permanente das condições de existência humana. O fundamento do funcionamento psicológico tipicamente humano é cultural e, portanto, histórico. Os elementos mediadores na relação entre a pessoa e o mundo são os instrumentos, signos e todos os elementos do ambiente humano carregados de significado cultural que são construídos nas relações entre as pessoas (OLIVEIRA, 2001).

Em sua atividade prática, o ser humano cria determinados instrumentos, como os signos e a linguagem, que se trata de formações históricas que operam como meio de comunicação e modo de funcionamento mental, possibilitando que a experiência humana seja significada, partilhada, refletida e conservada, no nível social e individual (SMOLKA; LAPLANE, 2005).

Posso dizer, então, que o que distingue a aprendizagem humana é a criação de instrumentos e signos que caracterizam a atividade mental e a possibilidade de produção e incorporação da cultura. Vygotsky chama isso de processo de internalização o qual é fundamental para o desenvolvimento do funcionamento psicológico humano. A internalização envolve uma atividade externa que deve ser modificada para se tornar uma atividade interna, é interpessoal e se torna intrapessoal (VYGOTSKY; LEONTIEV; LURIA, 1988).

A espiritualidade tem-se mostrado como um instrumento importante para a formação de profissionais com habilidades em trabalhar o problema humano em toda a sua dimensão, levando a uma tomada de consciência frente aos fatos que estão presentes nas ações cotidianas em saúde. Busca-se uma sociedade que, além da justiça e direitos sociais reconhecidos, seja marcada também pelos valores espirituais como interação amorosa, amizade, companheirismo e solidariedade encontrando espaço na abertura e entrega aos processos vitais.

Rolnik (1992) já alertava ao afirmar que a tomada de consciência está relacionada à incorporação do aprendizado, de que mais do que respeitar o outro é importante abrir-se ao outro, dispondo-se a viver a experiência de desapego aos arranjos subjetivos estabelecidos e consolidados em cada um, aceitando a impermanência da vida de forma mais radical.

Os doentes e os grupos submetidos a situações de risco e de sofrimento tendem a estar conectados com as dimensões inconscientes da existência. Costumam estar passando por um intenso processo de tomada da inconsciência. Portanto, entendemos que nós, profissionais, precisamos nos apropriar destes conhecimentos para que possamos prestar um cuidado que atenda as dimensões que permeiam a complexidade humana (VASCONCELOS, 2006). Assim necessitamos entender o significado dos sentimentos que se encontram na subjetividade do ser humano. O significado é parte inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quanto ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra, mas som vazio (VYGOTSKY, 2001).

Desta forma, por meio dos significados de cada participante foi possível construir o significado de espiritualidade pela equipe interdisciplinar do PIDI Oncológico, possibilitando a inclusão deste na prática clínica, pois o modelo de atenção integral em cuidados paliativos apresenta necessidades de encontrar respostas para o sofrimento desses pacientes e estas não são contempladas nas abordagens biopsicossociais.

Desse modo, tendo as questões espiritualidade e processo de trabalho como foco de nossa investigação, elaboramos os pressupostos que seguem.

1.1 Pressupostos

- O entendimento do significado de espiritualidade para os integrantes da equipe do PIDI Oncológico favorece a relação com as pessoas em sofrimento físico, psíquico, social e espiritual em cuidados paliativos;
- A Espiritualidade tem o potencial integrador, pois emana do cerne do ser humano a partir de suas intenções, emoções, pensamentos e atitudes. Dessa forma, ela pode atuar como harmonizador das relações interpessoais entre a equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos;

- O significado de espiritualidade se constrói a partir da produção de signos e sentidos que é resultante de um trabalho coletivo em aberto que vai se legitimando e se instituindo nas relações interpessoais da equipe do PIDI Oncológico.

Frente ao exposto procuraremos nesta pesquisa responder a seguinte questão norteadora: **Qual o significado de espiritualidade para a equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos?**

Para dar conta desta questão, elaboramos os seguintes objetivos:

1.2 Objetivo Geral

- Construir o significado de espiritualidade para a equipe interdisciplinar que atende o ser humano portador de câncer em cuidados paliativos.

1.3 Objetivos Específicos

- Conhecer o significado de espiritualidade para cada um dos integrantes da equipe do PIDI Oncológico, considerando a história de vida;
- Promover discussão do tema espiritualidade entre os integrantes da equipe interdisciplinar do PIDI Oncológico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura versa sobre as questões relacionadas ao tema de investigação, as quais foram consultadas nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo e Pubmed abordando os aspectos relacionados à Espiritualidade e ao Processo de Trabalho na Saúde e na Enfermagem, Força de Trabalho: Equipe Interdisciplinar e Espiritualidade , Cuidados Paliativos e Espiritualidade: um Modo de Atenção ao Ser Humano em Processo de Morrer e o Referencial Teórico: Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky, evidenciando os principais aspectos que permeiam os temas citados.

2.1 Espiritualidade e o Processo de Trabalho na Saúde e na Enfermagem

Nas últimas décadas têm ocorrido profundas mudanças no perfil epidemiológico do processo saúde-doença, como a transição demográfica e epidemiológica com o aumento de doenças crônico-degenerativas, o reaparecimento de endemias já extintas, o envelhecimento da população, a mortalidade alta em faixas etárias jovens, devido à violência, homicídios, acidentes de trânsito e surgimento de doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Desta forma a necessidade da reestruturação do setor saúde em todo o mundo, o decréscimo relativo de leitos hospitalares, a ênfase em atenção primária e a desospitalização, bem como a preocupação com o barateamento dos custos da atenção à saúde vêm promovendo mudanças e estão trazendo a enfermeira para o cuidado domiciliar, ambulatorial e para novos espaços na comunidade, mas também sua presença se faz nos hospitais altamente especializados (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Para podermos enfrentar de modo profissional a realidade imposta, faz-se necessário a compreensão consciente do processo de trabalho da saúde e da enfermagem, o qual fornece subsídios para equipe interdisciplinar prestar uma

assistência que supra as necessidades e anseios atuais de nosso objeto de trabalho, isto é, o ser humano, família e comunidade atendendo-os em todos os aspectos.

Parto do processo de trabalho na saúde, pois os sujeitos que participaram do estudo compõem uma equipe interdisciplinar. A necessidade de estudar o tema é sentida e expressada por todos os profissionais da equipe, porém se concretizou a partir da iniciativa da enfermeira, no caso, a pesquisadora. Acredito que o trabalho interdisciplinar se concretiza a partir da existência de profissões que têm o seu processo de trabalho reconhecido pela equipe, portanto, a definição dos seus papéis dentro da mesma.

Na saúde, o processo de trabalho tem como finalidade a ação terapêutica sobre o objeto, que corresponde ao ser humano sadio ou doente, ou ainda com exposição a riscos, necessitando preservar a sua saúde, prevenir doenças ou ser submetido a medidas curativas, como instrumento de trabalho as condutas que representam o nível técnico do conhecimento em saúde e tem, como produto final, a própria prestação da assistência em saúde que é produzida ao mesmo tempo em que é consumida (LEOPARDI, 1999).

Já no processo de trabalho da enfermagem cabe ao enfermeiro a implementação, a coordenação, o gerenciamento e o controle das situações que acontecem no cotidiano do cuidado, além da responsabilidade pela organização do ambiente, manutenção e obtenção das condições de trabalho para os demais trabalhadores da saúde (LUNARDI FILHO, 2000).

Assim o processo de trabalho da enfermagem é entendido como a atividade exercida pelos profissionais de enfermagem, com vistas a atender às necessidades das pessoas que se utilizam dos serviços de saúde. É um processo envolto pela dimensão da subjetividade do trabalhador, da equipe e da instituição, portanto, não se inscreve num campo puramente objetivo, pois está implicado numa cadeia de significações nem sempre explícitas, mas que estão definitivamente presentes na relação do sujeito com seu trabalho e com a organização, considerando seus diferentes trabalhos (THOFERHN; LEOPARDI, 2006).

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família e na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes, as quais se

responsabilizam pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia das pessoas através da educação em saúde.

Há algum tempo a enfermagem vem revisando seu conhecimento e prática, reconstruindo muitas teorias e modelos de intervenção em que pesem as diferenças decorrentes do contexto e clientelas para as quais foram propostas, todas as modalidades de assistência referentes ao ambiente e seu impacto no ser humano, no receptor do cuidado (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Entendemos o processo de trabalho sendo formado por um conjunto de elementos presentes numa relação entre sujeito trabalhador e objeto de trabalho através da execução do próprio trabalho, instrumentos apropriados e finalidades. Estes elementos podem ser traduzidos como força de trabalho, objeto de trabalho, tarefa profissional, instrumental e produto final, conforme a seguir apresentamos e aprofundamos.

A tarefa profissional é a atividade que corresponde à própria ação da enfermagem, ou seja, ao cuidado terapêutico. A atividade profissional é um processo para o alcance de um fim. Corresponde à essência da enfermagem, na medida em que o ato de cuidar configura-se numa ação com intenção terapêutica, enquanto resolução de um problema, de uma necessidade de saúde da pessoa, tanto no âmbito preventivo, quanto curativo, ou seja, uma ação e um discurso que direcione o ser humano e a comunidade a uma vida saudável (THOFEHRN, 2005).

O cuidado terapêutico está pautado numa relação, ou seja, na interação entre o profissional de enfermagem e o ser humano que necessita de cuidado e é sustentado na competência técnica e legal, no autocuidado do profissional, no compromisso ético e estético da equipe de enfermagem ao desenvolvê-lo, sob uma concepção transformadora e emancipadora (LEOPARDI, 2006).

Segundo a mesma autora constitui-se, então, o objeto de trabalho da enfermagem o corpo e a consciência de um sujeito como expressão de toda sua vida, toda sua história. Incluídos neste corpo estão a sua mente, o seu espírito, enfim, a sua existência, bem como a sua família, ou seja, o seu corpo e suas extensões. Sendo assim, a única certeza que se tem é que o objeto de trabalho da enfermagem não é qualquer sujeito, ele é um sujeito concreto.

Portanto, este corpo não é inerte, passivo e sim um corpo vivo, múltiplo, biológico, histórico, relacional, psicológico, com capacidade de expressão, percepção e sensação, isto é, capaz de agir, de criar, de realizar, muitas vezes até o impossível, o inesperado, em virtude de sua singularidade, a qual é determinada no ato de seu nascimento (THOFERHN, 2005).

No presente estudo os pacientes encontram-se em fase de aceitação de seu processo de morrer, já que estão acometidos por câncer e que necessitam de terapias complementares para aliviar seus sintomas.

Portanto, consideramos o paciente um sujeito protagonista neste processo de viver e morrer, pois é parte integrante de um contexto social, político, econômico, cultural e espiritual, no qual a sua distinção é determinada pelo discurso, pois as palavras designam sua posição valorativa, a qual dirige sua ação. Assim, as palavras e os atos identificam o agente que fala e age e representam a mediação na teia das relações humanas. O ser humano além de ser o objeto agrega a condição de consumidor e produto do processo de trabalho da enfermagem, complexificado e inseparável de seu contexto e história (THOFERHN; LEOPARDI, 2006).

O instrumental de trabalho corresponde aos meios que atuam como extensões do sujeito trabalhador e encontra-se entre os profissionais de enfermagem e o objeto de trabalho. Os instrumentos visam favorecer a execução do cuidado terapêutico. Além disso, devem ser flexíveis para atingir a finalidade do trabalho, garantindo a execução de um cuidado terapêutico que satisfaça as necessidades apresentadas pela pessoa em sofrimento. Os instrumentos de trabalho na enfermagem apresentam as seguintes subdivisões: instrumentos materiais; instrumentos metodológicos no qual temos a inclusão da pesquisa; instrumentos gerenciais e instrumentos educacionais (THOFERHN, 2005).

O profissional da enfermagem também atua em equipe interdisciplinar, que se caracteriza pela troca continuamente de informações entre os profissionais. O paciente se encontra no centro da equipe e os integrantes da equipe trabalham sincronizadamente e estabelecem necessariamente uma comunicação direta. O registro é único para toda a equipe e existem reuniões programadas que são imprescindíveis para combinar as ações. Na enfermagem a equipe, no sentido de grupo de trabalho, tem finalidades estabelecidas de acordo com as necessidades das pessoas em sofrimento e desenvolve a força de trabalho que corresponde às suas capacidades físicas e mentais (LEOPARDI, 2006).

Mediante a detecção e interiorização, as quais desencadeiam a conscientização do processo de trabalho na saúde e na enfermagem, faz-se necessário discorrer sobre os aspectos que envolvem esse trabalho, ou seja, a dimensão da materialidade e da subjetividade, para então abordarmos a dimensão da espiritualidade.

A dimensão da materialidade é entendida como a existência das coisas a partir do concreto, visível, do que ocupa um determinado espaço com ênfase no individualismo, particularidades, especialidades altamente desenvolvidas afetando a visão e a compreensão do todo, do foco do processo de trabalho: saber fazer. Já a dimensão da subjetividade está relacionada ao imaginário, ao desenvolvimento da emocionalidade dos seres humanos através do aprimoramento da autopercepção, do autocontrole favorecendo a diversidade e a riqueza dos talentos, no qual a ênfase está na confiança, na responsabilidade, na ética, na colaboração, na cooperação, no engajamento, na criatividade e na iniciativa. Seu foco está no saber ser (THOFEHRN et al., 2009).

A dimensão da espiritualidade é um componente integrador, pois rompe os limites da subjetividade que aborda o sentido da vida, a solidariedade, a compaixão, os sentimentos genuínos com ênfase no coletivo, relacionando o ser humano no contexto sócio-histórico-cultural, ambiental e de transcendência (BOFF, 2002). Transcender é ter consciência dos limites e buscar ir além, vislumbrando novas possibilidades de existência. É considerar a subjetividade do sujeito e a possibilidade de ser mais, estar em si e ao mesmo tempo ir além do que se é, como duas dimensões de um mesmo sujeito. Nesse sentido, a transcendência deriva de uma subjetividade imaginada, nasce no imaginário, no simbólico, próprio do sujeito, e, portanto, em algo que é imanente e individual (ARAGÃO, 2005).

Compreendemos ser importante apreciar a passagem da imanência para a transcendência. O imanente é próprio de cada categoria, espécie, sujeito. Ao se referir ao sujeito, imanente é tudo o que constitui a subjetividade do sujeito, ou seja, é próprio da natureza humana, como sentimentos, sensações, afetos. O desdobramento desses elementos imanentes pode promover a transcendência (ARAGÃO, 2005). Portanto, a transcendência caracteriza-se pela capacidade do ser humano buscar algo fora de si.

A imanência, por meio da etimologia, se traduz pelo pertinente a um ente, como a existencialidade própria do ser humano. O imanente está no todo que

compreende o humano, mas o transcendente é tudo o que está na possibilidade humana.

A tendência crescente da enfermagem em ver o indivíduo numa perspectiva holística gera questionamentos sobre sua assistência nessa dimensão. O preceito básico do holismo entende que o todo individual é mais do que a soma de suas partes, essas dimensões interagem e assim, tratando uma delas, as demais serão afetadas. Embora esta interdependência exista, as intervenções de enfermagem são escolhidas e implementadas segundo as alterações associadas a cada dimensão (PERES; SIMÃO; NASSEL, 2007).

Foi através de Florence Nightingale que a enfermagem deu início a sua caminhada científica. Valorizou a arte através das ações de enfermagem, da estética, da intuição, da educação e da criatividade. Enfatizou conceitos de ser humano e meio ambiente. Ressaltou a importância do cuidado amoroso, desprendido e honesto. Mencionava comunicação verbal e não verbal, incentivava ouvir sem pressa (STAMM, 2002).

A enfermagem pós-Nightingale afastou-se dessa proposta e aliou-se ao modelo biomédico, seguindo a visão cartesiana adotada pela medicina. O cuidado deixou de ter seu valor central e a ênfase foi direcionada para as ciências biológico-tecnicistas. O cuidado voltou-se para dar respostas ao diagnóstico e à prescrição médica. Após esta fase, a enfermagem retomou a sua essência primária, o saber nightingaleano, e avançou no seu processo de conhecimento, indo ao encontro de sua terceira fase de desenvolvimento na metade do século XX, que buscava o cuidado como foco central da enfermagem (STAMM, 2002).

Aprofundando os estudos sobre cuidado na enfermagem, foi construído o Cuidado Transdimensional, que se constitui em um paradigma emergente na realidade brasileira. Tem como base filosófica o cuidado ao ser humano em sua inter-relação com o meio ambiente, no contexto das próprias experiências de vida, com foco no processo de morte-renascimento com vistas ao processo de ser e viver de forma mais saudável possível (SILVA, 2001).

Continuando a discussão sobre o cuidado, cabe aqui referenciar a teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, na qual o cuidado está posicionado como um ideal moral e as enfermeiras são estimuladas a transcenderem ao impulso de aceitação da medicina ocidental, na busca da compreensão de alternativas e ideias acima dos conhecimentos ordinários. Ainda invoca um senso de reverência para o

sagrado, o espiritual e o desconhecido sublime e superior. Faz uma conexão entre o saber científico e o saber abstrato, defendendo o pensamento de que é possível expandir visões do que significa ser humano, ser saudável, ser um todo, na unidade mente-corpo-espírito (STAMM, 2002).

Morremos e renascemos a cada reestruturação de ideias, emoções, pensamentos e ações. É através do processo morte-renascimento que se adquire a condição permanente de transformação para o alcance de níveis mais complexos de expressão da consciência. Neste processo interacional entre consciência individual e consciência universal é que se manifesta a intuição, a expressão criativa, artística, espiritual do ser (SILVA, 2001).

A dimensão do cuidado de enfermagem inclui fenômenos vitais como as experiências espirituais, filosóficas, éticas e morais. Enquanto estamos cuidando, mobilizamos sentimentos nossos e da pessoa a qual estamos assistindo como a força vital, a energia e a alma. Este enfoque torna mais explícito que o processo de cuidar implica uma relação existencial e espiritual (PERES, SIMÃO; NASSEL, 2007).

Outro aspecto que merece destaque, diz respeito a situações que envolvem o cuidar de pessoas em estado terminal de vida. Nestas situações, torna-se muito importante a atuação do profissional, auxiliando através do diálogo e da escuta no processo de aceitação da doença, minimizando medos, oferecendo apoio e conforto ao paciente e à família através da assistência domiciliar. Nesses momentos em que a cura do corpo não é mais alcançável, Huf (2002) destaca a importância do resgate da espiritualidade como meio de transformar os momentos de angústia, respeitando as crenças da pessoa, priorizando a busca pela paz interior, procurando promover o bem-estar, apesar da inevitabilidade do sofrimento. A autora considera que vivenciar a espiritualidade inclui exercitar a fé, a esperança, o altruísmo, a solidariedade, aceitando a finitude como uma experiência que propicia sensibilizar-se com o outro e encontrar um significado para sua própria existência.

A enfermagem enquanto integrante da equipe do PIDI Oncológico entende ser relevante incluir a espiritualidade, pois temos a preocupação crescente de compreender o ser humano na sua totalidade, além de acreditar que através da espiritualidade as pessoas podem encontrar um sentido para o momento que estão vivenciando, ter esperança e estar em paz durante os acontecimentos que antecedem sua morte.

Assim passo a apresentar mais um elemento que compõe o processo de trabalho, a força de trabalho que neste estudo é a equipe interdisciplinar.

2.2 Força de Trabalho: Equipe Interdisciplinar e Espiritualidade

A interdisciplinaridade é entendida como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. Constitui-se um entre os vários temas que necessitam ser desenvolvidos para gerarem contribuição para a pauta da área da saúde, pois entendemos que o contexto histórico vivido nessa virada de milênio caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações demanda a retomada do antigo conceito de interdisciplinaridade que, no longo percurso do século passado, foi sufocado pela racionalidade da revolução industrial (SAUPE et al., 2005).

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais, buscando uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos. Inclui a integração do ensino-pesquisa-extensão, a democratização da hierarquia institucional e a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado (VASCONCELOS, 2002).

No aprimoramento do modelo assistencial brasileiro, os princípios da integralidade e equidade estão no cerne e sua operacionalização inclui a produção, a divulgação e o uso de indicadores de saúde apropriados para compreender as políticas distintas para diferentes problemas que afligem grupos específicos. O trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado, é implementado com restrições, que vão da precária formação dos alunos na graduação até a defesa corporativa das profissões, passando por relações de trabalho que deverão incorporar princípios do trabalho em equipe, prevenção, reabilitação, inclusão da família e dos cuidados paliativos (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A interdisciplinaridade também é caracterizada pela intensidade das trocas entre especialistas e pela integração das disciplinas num projeto comum, ressaltando o estabelecimento de uma relação de reciprocidade, de mutualidade,

ou, melhor dizendo, um regime de co-propriedade, de interação, que irá possibilitar o diálogo entre os interessados. Ao compartilhar ideias, ações e reflexões, cada participante é, ao mesmo tempo, "autor" e "ator" do processo, envolvendo nesse sentido o exercício de aprender a aprender (GALINDO; GOLDENBERG, 2008).

Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua de modo a aumentar a eficácia das intervenções, é importante facilitar a comunicação entre especialistas e profissionais e montar um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada profissional deve ficar bem claro. Alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários profissionais que constituem a equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As equipes interdisciplinares ou transdisciplinares (o "trans" indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente, no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe. Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor uma intersecção maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário (BRASIL, 2007).

A habilidade de identificar dificuldades para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção da estabilidade da equipe. A apropriação, mediante uma reflexão crítica das dificuldades encontradas nos projetos interdisciplinares, pode funcionar como ferramenta importante para a superação destas restrições, bem como proporcionar crescimento interno. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar. É na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe (SAUPE et. al, 2005).

A proposta de Equipe Interdisciplinar exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os sujeitos em partes ou patologias. Estas equipes são uma forma de resgatar o compromisso com o

usuário, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (BRASIL, 2007).

No PIDI Oncológico, a metodologia de trabalho tem como embasamento a diretriz preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH) Clínica Ampliada. A proposta da clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. É na interação entre os diferentes sujeitos da equipe, valorizando essas diferenças, que se concretiza uma clínica ampliada. No entanto, isso não é fácil. Lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo. Depende fortemente de gestão participativa ou co-gestão. Junto à Clínica Ampliada foram lançados pela PNH outros dispositivos de gestão da atenção: Equipes Interdisciplinares ou de Referência, Equipe de Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2007), os quais descrevo abaixo.

A equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O PIDI trabalha na perspectiva da interdisciplinaridade, incluindo profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem como equipe de referência e nutricionista, assistente social, psicólogo, conselheiro espiritual, médico cirurgião, médica coordenadora e auxiliar administrativo como equipe de apoio matricial. São realizadas visitas duas vezes ao dia, no turno da manhã pela enfermeira e pela técnica de enfermagem e à tarde pela médica também acompanhada pela técnica de enfermagem, além de visitas semanais por equipe de apoio composta de assistente social, nutricionista, psicóloga, cirurgião e conselheiro espiritual.

Sobre o dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), entende-se que a elaboração do projeto terapêutico (ou seja, do tratamento) é um processo com momento de ação individual e de troca com acordo da equipe de saúde. Estes são momentos muito ricos em que a interdisciplinaridade se concretiza, quando os

profissionais de distintas áreas se juntam para compartilhar e potencializar seus conhecimentos (BRASIL, 2004).

No PIDI semanalmente a equipe se reúne em horário predeterminado. Nestas reuniões são discutidos todos os pacientes e elaborado um plano terapêutico a partir das necessidades levantadas e discutidas pela equipe interdisciplinar.

Uma das características principais do PIDI está centrada na figura do cuidador do paciente que recebe capacitação para dar continuidade nos cuidados orientados pela equipe da assistência. O cuidador, em geral um familiar mais próximo, fica responsável pelos cuidados na ausência da equipe, tornando-se sujeito ativo durante a internação domiciliar e também após a alta do paciente (BRASIL, 2006).

Atualmente realizam-se no PIDI reuniões quinzenais com a equipe interdisciplinar e os cuidadores. As mesmas ocorrem na sede do PIDI proporcionando espaços de discussão entre a equipe e os cuidadores com o objetivo de trocas de experiências, compartilhamento da terapêutica e também para os cuidadores colocarem suas angústias e anseios durante o acompanhamento dos pacientes, na maioria das vezes em fase terminal. Também continuam participando do grupo, cuidadores dos pacientes que já foram a óbito, sendo assim possível o acompanhamento no período de luto.

Os profissionais da saúde que trabalham com a prática comunitária precisam vivenciar o desenvolvimento de sua própria espiritualidade, pois, desta forma, poderão desenvolver melhor sua sensibilidade e compreensão para lidar com os problemas que fazem parte da vida do próximo. Este aspecto faz destacar a necessidade de que as academias priorizem a temática espiritualidade em seus currículos, permitindo ao futuro profissional adquirir uma maior amplitude de conhecimentos com vistas a melhor se preparar para a prática cotidiana do cuidar.

A gestão do trabalho interdisciplinar depende de uma série de instrumentos operacionais. Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso (BRASIL, 2007).

Incluimos a necessidade da discussão do tema espiritualidade na equipe interdisciplinar do PIDI Oncológico, pois consideramos que esta dimensão do ser humano, apesar de ser transcendente, se concretiza na atenção aos pacientes em cuidados paliativos e necessita ser incluída na assistência integral desempenhada pelos profissionais.

Em cuidados paliativos, escutamos o paciente em relação ao que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida além de trabalharmos com o controle dos sintomas. Procuramos oferecer ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações nesse momento singular. Entendemos que a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. O cuidado paliativo caracteriza-se por ser uma modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte (WACHOLTZ; KEEFE, 2006). Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces dos cuidados paliativos. Transcender é buscar significado e a espiritualidade é o caminho.

As mudanças constantes do modelo de gestão organizacional, influenciadas pelas transformações dos moldes econômicos e sociais, impõem uma sociedade mais livre e democrática, que impossibilita um controle explícito do trabalhador. Os modelos administrativos têm evoluído para posturas mais participativas, o que abre espaço para um investimento afetivo, emocional e até mesmo espiritual no trabalho. Esse investimento perpassa pela consideração de tratar as pessoas de um modo completo, o que significa entendê-las e responder às suas necessidades materiais e não materiais (SILVA, 2008).

A busca e o estudo da espiritualidade entre profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral e conseqüentemente para o sucesso da gestão do processo de trabalho desta equipe.

Dando continuidade a revisão, nos reportaremos ao tema Cuidados Paliativos e Espiritualidade.

2.3 Cuidados Paliativos e Espiritualidade: um Modo de Atenção ao Ser Humano em Processo de Morrer

O interesse em prestar assistência a pessoas com doenças em estágio avançado, fora de possibilidade de cura não é atual. Porém, os cuidados com equipes interdisciplinares abrangendo a integralidade do ser humano, considerando as dimensões psicológicas, físicas, sociais e espirituais são relativamente novos. Há cerca de 41 anos Cicely Saunders, com formação em enfermagem, assistência social e medicina, fundou o Saint Christopher`s Hospice. A palavra “*hospice*” é tradução do vocábulo *hospitium* cujo significado é hospedagem, hospitalidade e traduz um sentimento de acolhida. No século IV, quando surgiu o movimento *hospice*, o *hospitium* significava tanto o local, como o vínculo que se estabelecia entre as pessoas (ABU-SAAD, COURTENS, 2001; RODRIGUES, 2004).

No decorrer do tempo, o *hospice* acolheu pessoas com diferentes finalidades. Entre elas acolhia doentes, pobres e peregrinos cansados, mas foi no século XIX, em 1842, na França, que Jeanne Garnier abriu o primeiro *hospice* para pacientes terminais que morriam em suas casas (TWYXCROSS, 2000).

Cicely Saunders modernizou o então *hospice*, derrubando paradigmas, até então presentes na assistência ao paciente sem possibilidade de cura. Primeiramente, enfatizou o cuidado quando a cura não era possível. Também criou o conceito de dor total; o trabalho interdisciplinar; o controle de sintomas, fundamentalmente o manejo da dor crônica; o acompanhamento da família no luto; a atenção psicológica e espiritual; e o cuidado no domicílio. Desenvolveu estes conceitos por reconhecer que a pessoa doente, em fase terminal, necessita da atenção de profissionais que tenham competência para atender as necessidades provenientes da complexidade que caracteriza o ser humano, considerando as dimensões físicas, espirituais, sociais e psicológicas que foram por ela denominada de Dor Total (BOULAY, 1996; RODRIGUES, 2004).

Agregando à sua formação multidisciplinar ao embasamento científico de suas ações, a sensibilidade ao sofrimento do próximo e a um ideal, ela evidenciou a possibilidade de promover a qualidade no final da vida e a dignidade na morte com uma visão futurista do cuidado. Saunders incorporou o conhecimento e a abordagem

interdisciplinar, visando o cuidado holístico em um ambiente agradável e acolhedor, capaz de aliviar o sofrimento que antecede a morte.

Pouco tempo depois no Canadá, o médico cirurgião Balfour Mount iniciou suas atividades com os doentes fora de possibilidade de cura, indignado com as condições emocionais em que tais pessoas morriam. Em 1974, Mount inventa a expressão “palliative care” e funda um serviço de Cuidados Paliativos no Canadá, mas inova ao desenvolver as ações em um hospital, no Royal Victoria Hospital e não em um *hospice* ou domicílio, como nos outros países (COWAN, 2005).

Simultaneamente à preocupação e atuação de Cicely Saunders na Inglaterra e a de Mount no Canadá, nos Estados Unidos a origem destas discussões deu-se com Elizabeth Kubler-Ross, médica psiquiatra, que identificou cinco fases emocionais pelas quais os pacientes chamados de terminais apresentavam na fase final da vida. Desenvolveu um trabalho com esses pacientes e escreveu o livro que se tornou um marco sobre a temática, “Sobre a morte e o morrer” em 1969, vindo a fundar o movimento Morrer com Dignidade.

Embora Kubler-Ross tenha desencadeado as discussões sobre as condições dos doentes em fase final da vida nos Estados Unidos, a implantação do primeiro serviço de cuidados paliativos norte-americanos deu-se por meio dos esforços e liderança de uma enfermeira, Florence Wald, que se capacitou com Cicely Saunders durante dois anos e fundou o Hospice de Connecticut, em New Haven, nos moldes do inglês e estabeleceu um intercâmbio entre os dois países.

Porém nos Estados Unidos, os cuidados paliativos caracterizaram-se pela atenção domiciliar e menos pelos *hospices*. De acordo com o Hospice Foundation of América, 80% dos cuidados de *hospice* são providos nos domicílios e nos “nursing homes” (FERREL; COYLE, 2002). Os “nursing homes” são instituições semelhantes aos asilos, nos quais os pacientes com doenças crônicas, senilidade ou doenças terminais são internados e recebem cuidados de enfermeiros. Estes serviços são privados ou vinculados a seguradoras de saúde.

Retornando a Cicely Saunders, ela escreveu e proferiu palestras sobre o cuidado com o paciente terminal no Reino Unido e no exterior. A partir da implantação de Cuidados Paliativos na Inglaterra e Reino Unido, o novo modelo de cuidado disseminou-se pelos demais países e continentes do planeta, mas com características diferentes. No período de 1970 a 1990 ocorreu uma expansão dos

programas de cuidados paliativos na Europa e, atualmente, a Inglaterra é o país com maior cobertura de cuidados paliativos no mundo e a Espanha, o segundo.

Na América Latina, a preocupação com os cuidados paliativos iniciou em 1982 na Argentina. Atualmente existem 80 equipes que estão operando amplamente no país e tais atividades podem ser identificadas em cidades de porte médio e grande. Os serviços de cuidados paliativos são baseados nos hospitais com poucos programas de cuidados domiciliares. O maior reconhecimento foi o fato de em 2000 o ministro da Saúde e das atividades sociais ter aprovado a normatização nacional para a organização e implementação dos serviços de cuidados paliativos, além da medicina paliativa ser reconhecida como uma especialidade no mesmo ano.

Em 2001, foi fundada a Associação Latino-Americana para Cuidados Paliativos por seis profissionais oriundos da Argentina, Colômbia, Uruguai e Costa Rica. No ano seguinte, ocorreu o primeiro encontro da Associação em conjunto com o 6º Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos em Guadalajara-México (WRIGHT et al., 2007).

No Brasil, embora o IOELC (International Observatory on End of Life Care) tenha dito que os cuidados paliativos tenham começado em 1989, no Rio de Janeiro, Bettega (1999) relata que o primeiro serviço de cuidados paliativos foi instituído no Rio Grande do Sul em meados de 1983, em seguida em São Paulo em 1986 e em 1989 em Santa Catarina. O mesmo autor ainda relata que depois destes, outros serviços foram surgindo, mas todos sem vínculos entre si ou sem uma elaboração comum de protocolos para as ações de cuidados paliativos. Na época, um dos primeiros problemas encontrados pelos pioneiros em cuidados paliativos foi a obtenção dos opióides, fármacos essenciais para o tratamento da dor e desconhecidos pela maioria dos profissionais. Diante dessa necessidade, os profissionais uniram esforços para melhorar a assistência aos doentes, realizando ações conjuntas com o objetivo de tornar acessíveis os opióides para o alívio da dor crônica dos pacientes sem possibilidade de cura e melhorar a formação dos profissionais da saúde.

No Rio de Janeiro, o Hospital do Câncer IV, unidade exclusivamente direcionada ao tratamento paliativo, funciona desde 1989, inicialmente foi considerado como Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico do Instituto Nacional do Câncer (INCA) na modalidade de assistência domiciliar e hospitalar (TEIXEIRA et al., 1993).

Em relação à mobilização dos profissionais brasileiros empenhados no crescimento de cuidados paliativos, em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) na cidade de São Paulo, agregando profissionais da saúde, religiosos e outros, com o objetivo de proporcionar a vinculação científica e profissional à equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade (CAPONERO, 2002).

Oito anos depois, um grupo de 34 médicos praticantes dos cuidados paliativos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 26 de fevereiro de 2005. Os objetivos da ANCP são divulgar a boa prática dos cuidados paliativos; buscar o reconhecimento da especialidade na área médica; agregar todos os profissionais que atuam nas diversas equipes; contribuir para a formação de novos profissionais e ampliar o debate sobre os cuidados ao final da vida em todas as áreas da assistência à saúde (ARAÚJO, 2005, MACIEL et al., 2007).

No mesmo ano foi criado em Pelotas o PIDI Oncológico, tendo como objetivo assistir usuários portadores de câncer numa fase adiantada da doença, seguindo as diretrizes dos cuidados paliativos.

A concepção sobre o câncer foi sendo definida historicamente pela sociedade, com uma visão do senso comum de doença incurável e uma sentença de morte. O câncer normalmente é associado a experiências malditas e com conotações metafóricas populares de “comendo a pessoa”, “invadindo o corpo” ou “é um inimigo que precisa ser combatido” (SILVA, 2005).

Ainda ao longo da história, sempre houve uma enfermidade que, para as pessoas tinha conotação mágica, demoníaca ou sagrada. Na antigüidade era a Lepra, na Idade Média era a Sífilis, atualmente a doença considerada como tabu é o câncer. Este para muitas pessoas relaciona-se à mutilação e morte, sendo considerada uma doença incurável por excelência (SANCHO, 2000).

Verificando os avanços na área de oncologia em relação a diagnósticos e tratamentos, constata-se que cinquenta por cento dos pacientes têm o diagnóstico de um câncer avançado e destes, cinquenta por cento estará fora de possibilidades terapêuticas atuais (AYOU et al., 2000; BARBOSA, 2001). Isso representa uma situação de terminalidade, ou seja, o fim das possibilidades de tratamento, a progressão da doença e a espera da finitude do ser humano, caracterizada pela morte.

Cabe abordar que a morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade, porém é uma realidade culturalmente pouco aceita na maioria das vezes no mundo ocidental. Assim os seres humanos de todas as idades, ao se defrontarem com a morte, apenas nesse momento, colocam em questão a própria vida, com seus medos, angústias e possibilidades. Quando nos referimos a uma doença crônica grave, como o câncer, a morte torna-se assunto presente desde o diagnóstico, permeando todo o tratamento e se prolongando até mesmo ao pós-tratamento, quando ocorre a cura ou a morte de fato.

Deste modo é preciso clarear que as vivências da morte e do morrer têm sofrido transformações ao longo do tempo histórico, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, evoluindo desde uma experiência tranquila e até mesmo desejada na Idade Média para uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição, que deve ser evitada na época atual. Observamos inúmeros problemas, de ordem clínica, ética, social, psicológica e espiritual contidos na experiência da fase terminal, os quais colocam os pacientes diante de impasses e demandas muitas vezes incomensuráveis (SOUZA; BOEMER, 2005).

Atualmente, na sociedade ocidental, a morte tem sido vista como um tabu, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para os trabalhadores da área da saúde. Observamos que a morte está ausente do dia-a-dia do mundo familiar, pois foi transferida para os hospitais e as crianças são impedidas, pelos adultos, de participarem dos cerimoniais de despedidas (COSTA; LIMA, 2005).

Apesar de estar na agenda de cada ser vivo, de ser um processo natural, a morte sempre foi temida pela pessoa e, por mais que a ciência avance, o medo e a negação da morte continuam acontecendo. A função do imaginário é erguer uma barreira contra a finitude, o tempo e a morte. Isso se explica do ponto de vista psiquiátrico pelo fato do nosso inconsciente não conseguir imaginar a própria morte e se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance (KUBLER-ROSS, 2000).

Ninguém duvida da própria morte. No entanto, este aceitar a morte exclui de si o estar-certo da própria morte, isto é, na impessoalidade todos sabem que vão morrer, mas não se sabe o dia, nem a hora. Desta forma, é como se a morte fosse certa, mas distante de acontecer (HEIDEGGER, 2002).

Nos últimos anos, o ser humano ocidental modificou significativamente sua visão da morte podendo-se considerar que houve abrupta e rápida mudança relativa aos pensamentos e sentimentos expressos sobre ela. Entendemos que é tempo de refletir e entender a morte como parte da vida, um acontecimento acompanhado de dor, sentimento de perda, que é vivido por qualquer ser humano e deve ser respeitado como um momento de sofrimento (COSTA; LIMA, 2005).

O paciente que enfrenta o período da terminalidade precisa ter suas necessidades especiais identificadas e atendidas para que possa ter a qualidade de vida preservada nesta fase da vida. Requer também atenção especial a consciência que o paciente tem sobre o prognóstico e dessa forma a tentativa que faz para dar um sentido ao que lhe resta de vida. A ansiedade diante da morte é uma revivência de ansiedades anteriores, relacionadas a perdas e quebras de vínculos e não pode ser subestimada, já que leva o paciente a encarar as ameaças da imprevisibilidade, propiciando assim o desenvolvimento de recursos de enfrentamento (BROMBERG, 2000).

No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer. Em todas as regiões do mundo, mesmo nas que apresentam mais ostensivamente outros sérios problemas de saúde, o câncer revela seus efeitos deletérios. No Brasil, está sempre incluído de forma significativa nas taxas de mortalidade, ocupando posição de destaque no quadro sanitário nacional. Em todo o país, inclusive nas regiões mais desenvolvidas, o câncer corresponde à segunda causa de morte, sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares. Portanto, deve ser considerado um problema de saúde pública, devido à ameaça de morte que representa aos seus portadores (BRASIL, 2008).

Observamos que nos últimos anos tem ocorrido um interesse maior por este tema, pois a literatura tem se voltado mais sistematicamente à valorização dos aspectos subjetivos do paciente oncológico e de sua relação com a morte e o morrer, contudo, a percepção que o paciente elabora das vivências de morte e do morrer ainda tem sido pouco investigada.

Precisamos compreender, no entanto, que nossa formação como enfermeiros e profissionais integrantes da equipe de saúde tem se dado no sentido de estarmos preparados essencialmente para a promoção e preservação da vida e,

nesse contexto, entendemos a morte como algo contrário e não como parte intrínseca dela.

Resgatar o humano dentro do processo de morte e do morrer, embora essencial à perspectiva do cuidado à pessoa e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como tarefa fácil, visto que nossa humanidade de “profissionais da saúde” e, portanto, da vida, se ressentem desse enfrentamento, temendo olhar-se no espelho da própria finitude (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Para que os profissionais da enfermagem que lidam diariamente com o processo de morte e do morrer do outro possam apreender o que esse processo significa, torna-se necessário caminharmos em direção à nossa própria humanidade e procurar entender o que ela traz em seu bojo para, então, colocar-nos humanamente como profissionais que cuidam. Talvez isso nos leve à compreensão de que a morte em si, na maioria das vezes, não é o grande problema para aquele que morre, mas sim o sentimento de desesperança, de desamparo e de isolamento que a acompanha, nascido do medo que as outras pessoas têm de enfrentar a certeza da sua própria finitude (KUBLER-ROSS, 2000).

A morte não é um elemento puramente empírico de nossa experiência, a orientação para a morte é essencialmente implicada na experiência de toda a vida e de nossa própria vida (THOMAS, 2000).

Ao se reportar a espiritualidade na atenção à saúde, Smeke (2006, p. 298) descreve que “na prática cotidiana de cuidar, quer seja na consulta, no grupo ou no domicílio, muitas vezes os profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores, carências que se confundem e extravasam os limites da doença. Nesse momento, o sofrimento claramente extrapola a relação orgânica e para que possamos realmente ajudar torna-se necessário colocarmos em ação o nosso lado humanitário”.

Com vistas a atingir o objetivo deste estudo, elegemos como referencial teórico a teoria vygotskyana a qual faremos uma breve apresentação.

2.4 Referencial Teórico: Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky

A partir do momento em que foi definido o tema do referido estudo, iniciei a busca por um referencial que me embasasse na construção de significados a

respeito de espiritualidade para uma equipe de profissionais que atua na assistência de pacientes com diagnóstico de câncer em uma fase adiantada da doença a qual se denomina cuidados paliativos.

Encontrei na teoria histórico-cultural de Vygotsky o caminho para a construção dos referidos significados. Pois tal referencial me instrumentalizou teoricamente durante o processo de construção dos significados nas reuniões da equipe e durante todo o processo investigativo.

A seguir farei uma breve apresentação do referencial teórico metodológico iniciando pela apresentação do próprio autor:

Lev Semyonovitch Vigotsky nasceu na Bielo-Rússia em 05 de novembro de 1896. Gradou-se em direito pela Universidade de Moscou, dedicando-se, posteriormente, à pesquisa literária. Fez parte de um grupo de jovens intelectuais, do qual também participavam Alexander Romanovich Lúria e Alexei Nikolaievich Leontiev. Entre 1917 e 1923 atuou como professor e pesquisador no campo de artes, literatura e psicologia. A partir de 1924 em Moscou, aprofundou sua investigação no campo da psicologia, enveredando também para o da educação de deficientes. No período de 1925 a 1934, desenvolveu estudos nas áreas de psicologia e anormalidades físicas e mentais. Ao concluir outra formação, em medicina, foi convidado para dirigir o departamento de psicologia do Instituto Soviético de Medicina Experimental. Faleceu em 11 de junho de 1934 vítima de tuberculose (OLIVEIRA, 2001).

A divulgação e circulação de suas obras foram proibidas durante muito tempo na União Soviética porque embora fosse um militante do partido comunista, ele ressaltou o aspecto individual da formação da consciência e, portanto, a concepção de que uma coletividade constitui-se através de pessoas com singularidades próprias. O contexto social vivido por Vygotsky e seus colaboradores, especialmente Lúria e Leontiev, influenciou decisivamente os seus estudos. Ao participar de um momento conturbado da história, a revolução comunista na Rússia, o foco de suas preocupações foi o desenvolvimento do indivíduo e da espécie humana, como resultado de um processo sócio-histórico. É interessante destacar que este grupo utilizou em suas pesquisas uma abordagem interdisciplinar, considerando-se as diferentes formações do próprio Vygotsky, o que se reveste de grande importância, porque traz uma visão integrada de conhecimentos (VYGOTSKY, 2001).

Para Vygotsky, as origens da vida consciente e do pensamento abstrato deveriam ser procuradas na interação do organismo com as condições de vida social e nas formas histórico-sociais de vida da espécie humana e não como muitos acreditavam no mundo sensorial da pessoa. Nessa concepção, de nada adianta buscar a subjetividade do indivíduo sem relacioná-lo ao contexto sócio-cultural, pois existe um porquê da pessoa sentir e agir de uma certa forma que normalmente não está apenas no seu mundo interno, mas na relação deste com o mundo externo. Deste modo, deve-se procurar analisar o reflexo do mundo exterior no mundo interior dos indivíduos a partir da interação destes sujeitos com a realidade (VYGOTSKY, 2001).

Assim, para este estudo pretendo junto à equipe interdisciplinar do PIDI aproximá-los ao mundo interior já construído a partir do contexto sócio-cultural, trazendo para o exterior os significados individuais a respeito da espiritualidade, oferecer instrumentos relativos ao assunto, proporcionar discussões no grupo que permitam desenvolver conhecimentos relativos ao tema em discussão com vistas à construção coletiva do significado de espiritualidade.

A origem das mudanças que ocorrem no ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, está, segundo seus princípios, na sociedade, na cultura e na sua história. A questão central está na aquisição de conhecimentos pela interação do sujeito com o meio (VYGOTSKY, 2000).

Para Vygotsky o processo de construção do conhecimento remete-se a linguagem, que num contexto cultural facilita a elaboração de significados pelo indivíduo, o que implica na internalização do conhecimento. Uma ideia fundamental para compreensão de sua teoria é a mediação, que em termos genéricos é o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação. De acordo com Vygotsky a construção do conhecimento ocorre por meio de agentes mediadores operados por sistemas simbólicos disponíveis na cultura, ou seja, a ação do sujeito sobre a realidade ocorre pela mediação feita por outros sujeitos (LAMPREIA, 1999).

Neste estudo, esta mediação será desenvolvida pela pesquisadora na condução e coordenação do grupo durante a técnica de coleta dos dados através dos artefatos mediadores, como as discussões, leituras de artigos afins e estímulo a reflexões sobre as situações de cuidado que permeiam o trabalho destes profissionais.

Vygotsky viu nos métodos e princípios do materialismo dialético a solução dos paradoxos científicos fundamentais com que se defrontavam seus contemporâneos. Um ponto central desse método é que todos os fenômenos sejam estudados como processos em movimento e em mudança. Em termos do objeto da psicologia, a tarefa do cientista seria a de reconstruir a origem e o curso do desenvolvimento do comportamento e da consciência. Não só todo fenômeno tem sua história, como essa história é caracterizada por mudanças quantitativas, tais como mudança na forma, estrutura e características básicas (OLIVEIRA, 2001).

Embora essa proposta geral tivesse sido repetida por outros, Vygotsky foi o primeiro a tentar correlacioná-la a questões psicológicas concretas. Nesse seu esforço, elaborou de forma criativa as concepções de Engels sobre o trabalho humano. Assim, Vygotsky estendeu esse conceito de mediação na interação pessoa-ambiente pelo uso de instrumentos ao uso de signos. Os sistemas de signos compreendem a linguagem, a escrita, o sistema de números, assim como os sistemas de instrumentos são criados pelas sociedades ao longo do curso da história humana e mudam a forma social e o nível de seu desenvolvimento cultural (OLIVEIRA, 2001).

Vygotsky acreditava que a internalização dos sistemas de signos produzidos culturalmente provoca transformações comportamentais e estabelece um elo de ligação entre as formas iniciais e tardias do desenvolvimento individual. Assim, para o autor, na melhor tradição de Marx e Engels, o mecanismo de mudança individual ao longo do desenvolvimento tem sua raiz na sociedade e na cultura. A internalização é fundamental para o desenvolvimento do funcionamento psicológico humano. Esse processo envolve uma atividade externa que deve ser modificada para se tornar uma atividade interna, é interpessoal e se torna intrapessoal. O desenvolvimento cognitivo é produzido pelo processo de internalização da interação social com materiais fornecidos pela cultura, sendo que o processo se constrói de fora para dentro (VYGOTSKY, 2000).

As reuniões do grupo atuaram como atividade externa através das discussões, leituras de artigos sobre o tema, ou seja, relações interpessoais no coletivo que se internalizaram e se tornaram intrapessoais no individual.

Vygotsky identifica dois níveis de desenvolvimento: um se refere às conquistas já efetivadas, que ele chama de nível de desenvolvimento real ou efetivo, e o outro, o nível de desenvolvimento potencial ou proximal, que se relaciona às

capacidades em vias de serem construídas. Para que estas capacidades se transformem em conquistas consolidadas, é fundamental a ajuda de outras pessoas mais experientes. Portanto, o autor chamou de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) a distância entre aquilo que o indivíduo é capaz de fazer de forma autônoma, nível de desenvolvimento real e aquilo que ele realiza em colaboração com outros elementos do seu grupo social, nível de desenvolvimento potencial (REGO, 2001).

Partimos dos significados efetivados de espiritualidade, os quais foram exteriorizados pelos sujeitos do estudo e discutidos no grupo. Foi estimulado à busca de artigos científicos pelos participantes com vistas ao desenvolvimento potencial.

Para Vygotsky a atividade do sujeito refere-se ao domínio dos instrumentos de mediação, inclusive sua transformação por uma atividade mental. Para ele o sujeito não é apenas ativo, mas interativo, porque forma conhecimentos e se constitui a partir de relações intra e interpessoais. É na troca com outros sujeitos e consigo próprio que vão se internalizando conhecimentos, papéis e funções sociais, o que permite a formação de conhecimentos e da própria consciência. Trata-se de um processo que caminha do plano social - relações interpessoais – para o plano individual interno relações intrapessoais (VYGOTSKY, 2000).

E é nesta interação entre a equipe através da discussão do tema espiritualidade que vislumbramos a possibilidade de internalização destes conhecimentos, permeando a construção de significados que possam ser exteriorizados, qualificando as relações entre os profissionais e os pacientes.

Conforme Rego (2001), Vygotsky e seus colaboradores acreditavam que o pensamento do ser humano em fase adulta é culturalmente mediado. Como podemos observar no relato de tal autora:

Partindo do pressuposto da necessidade de estudar o comportamento humano enquanto fenômeno histórico e socialmente determinado, Vygotsky e seus seguidores se dedicavam principalmente à construção de estudos pilotos que pudessem atestar a idéia de que o pensamento adulto é culturalmente mediado, sendo que a linguagem é o meio principal desta mediação.

Generaliza suas concepções sobre a origem das funções psicológicas superiores de tal forma que revela a íntima relação entre a sua natureza fundamentalmente mediada e a concepção materialista dialética de mudança histórica (OLIVEIRA, 2001).

Escolhemos esse referencial por entendermos que para construir o significado de espiritualidade para a equipe do PIDI Oncológico faz-se necessário partirmos do significado de tal tema para cada um dos integrantes e através das discussões em grupo aprofundarmos os conhecimentos da equipe a respeito do tema e por fim construirmos tal significado coletivamente.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo tem a abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, fundamentada na Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky. Tal teoria atribui o desenvolvimento do indivíduo aos processos de interação sócio-históricos viabilizados pela linguagem. Sua questão central é a aquisição de conhecimentos pela interação do sujeito com o meio.

Nesse sentido, objetivamos através desta investigação trazer à tona os conceitos construídos a respeito da espiritualidade a partir do contexto cultural e social vivenciado pelos integrantes da equipe interdisciplinar que atua com pacientes em cuidados paliativos internados no PIDI Oncológico, que estão em processo de terminalidade. Para tanto, realizamos uma descrição do significado da espiritualidade a partir da construção coletiva pela equipe citada anteriormente.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não apenas por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2006).

Em relação à abordagem descritiva é considerada a busca por conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (BERVIAN; CERVO, 2002). Conforme Gil (2002) tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

Quanto ao aspecto exploratório, Gil (2002) afirma que o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais

explícito. Além disso, compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, da delimitação do problema, da definição do objeto e dos objetivos, de revisão de literatura, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2007).

3.2 Local do Estudo

O Município de Pelotas, que consiste no local do estudo, apresenta uma população de cerca de 350 mil habitantes, localizada no Sul do Brasil, sendo cidade polo da macro-região e presta assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a 20 municípios, cerca de um milhão de usuários. O Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e Fundação de Apoio Universitário (HE/UFPEL/FAU) se apresenta como referência no tratamento de usuários com diagnóstico de câncer na região sul do estado.

O presente estudo foca-se no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico implantado em abril de 2005 no município de Pelotas, tal programa vem somar no cuidado a usuários vinculados aos serviços de oncologia do HE/UFPEL/FAU que apresentem necessidade de internação para tratar as intercorrências relativas ao tratamento de câncer, náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, desidratação e da própria doença como dor, cansaço, dispneia, tristeza, sonolência, insônia e desnutrição, fechando o ciclo de cuidado integral partindo do diagnóstico, tratamento e cura, até os cuidados paliativos para usuários sem possibilidade de cura, em ambiente domiciliar. Um dos objetivos do PIDI é prestar assistência a esses usuários de forma interdisciplinar, visando o cuidado integral e humanizado, colocando o usuário e sua família como protagonistas neste processo.

O PIDI também realiza ensino, pesquisa e extensão com inserção acadêmica nas áreas de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia e psicologia.

O PIDI Oncológico é formado por uma Equipe de Referência composta por uma médica, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem que visitam os pacientes internados duas vezes ao dia e uma Equipe Matricial composta por médica coordenadora da equipe, nutricionista, médico cirurgião, assistente social e

conselheiro espiritual (teólogo) que realizam visitas semanais. Conta também com um auxiliar administrativo que realiza suas atividades na sede do PIDI. Além da inserção acadêmica de alunos da enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e nutrição que realizam visitas junto à equipe de acordo com escala de disponibilidade no veículo de transporte.

O fluxo de inclusão dos usuários no PIDI Oncológico se dá através de encaminhamento por formulário próprio, preenchido por qualquer profissional podendo ser médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo que avalia a necessidade de internação domiciliar, desde que tenha diagnóstico de câncer, independente da fase da doença, provenientes dos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia, hospitais e unidades básicas de saúde. O primeiro contato é realizado por via telefônica entre a médica do PIDI e o cuidador responsável pelo usuário, sendo marcada a primeira avaliação.

A equipe assume de forma integral a assistência ao paciente, fornecendo inclusive os medicamentos prescritos e insumos necessários à assistência. O prontuário fica no domicílio, sendo diariamente atualizado. Quando houver a programação de alta, um dos componentes da equipe faz o encaminhamento à unidade de referência. Em caso de óbito, o atestado é fornecido pela médica do programa. Após a alta, é fornecido ao paciente um resumo clínico com relatório sumário de todo atendimento.

No PIDI semanalmente, a equipe se reúne em horário predeterminado, no qual são discutidos todos os pacientes, levando em consideração a avaliação de cada profissional e construído um Projeto Terapêutico Singular a partir das necessidades levantadas e discutidas pela equipe. A coordenadora da equipe registra em uma planilha as condutas pré-estabelecidas na reunião, sendo que na semana seguinte inicia-se a nova reunião a partir da avaliação das metas alcançadas. Do momento da internação até a primeira reunião da equipe o mesmo é realizado pela equipe de referência.

Atualmente realizam-se no PIDI reuniões quinzenais entre a equipe interdisciplinar e os cuidadores. As mesmas ocorrem na sede do PIDI, na qual são criados espaços de discussão entre a equipe e os cuidadores com o objetivo de troca de experiências, compartilhamento da terapêutica e também para os cuidadores expressarem suas angústias e anseios ao acompanharem os pacientes na maioria das vezes em fase terminal.

No PIDI Oncológico o diagnóstico é realizado interdisciplinarmente. Cada profissional faz sua avaliação inicial e na reunião semanal é socializado entre a equipe. Torna-se muito interessante este compartilhamento, pois observamos que dependendo do vínculo formado com o profissional são reveladas peculiaridades diferentes que levam a equipe a um conhecimento mais integral do usuário. As metas são definidas semanalmente pela equipe do PIDI e são negociadas com o usuário e seu cuidador e somente são executadas, se houver a concordância de ambos. A Reavaliação também ocorre semanalmente a partir da discussão interdisciplinar, na qual são discutidas as metas alcançadas e a definição do Projeto Terapêutico Singular para a semana seguinte.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos ou participantes da pesquisa foram os oito integrantes da equipe interdisciplinar do PIDI Oncológico composta por uma médica assistencial, duas técnicas de enfermagem, uma médica coordenadora da equipe, um médico cirurgião, uma assistente social, um conselheiro espiritual (teólogo) e um auxiliar administrativo, sendo identificadas por nomes fictícios escolhidos pelos mesmos, porém esta identidade está relacionada a um significado de espiritualidade individual.

Nesta equipe, está inclusa uma enfermeira, a qual não participa como sujeito do estudo, pois se trata da pesquisadora.

No quadro a seguir, faço uma breve apresentação destes sujeitos:

Nome Fictício	Idade	Atuação	Tempo de Atuação na Equipe
Marta	42 anos	Equipe Matricial	01 ano
Madalena	49 anos	Equipe de Referência	04 anos
Pneuma-Sarx	38 anos	Equipe Matricial	04 anos
Betinho de Jesus	56 anos	Equipe Matricial	03 anos
Caridade	37 anos	Equipe de Referência	04 anos
Gentil	25 anos	Equipe Matricial	04 anos
Philos	39 anos	Equipe Matricial	01 ano
Divina	53 anos	Equipe Referência	04 anos

3.4 Critérios para a Seleção dos Sujeitos

Os critérios adotados para a seleção dos sujeitos do estudo foram:

- Fazer parte da equipe do PIDI Oncológico;
- Concordar em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Permitir a publicação dos resultados do estudo em eventos e revistas científicas.

3.5 Princípios Éticos

Os princípios éticos estão presentes em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução n°196/96¹ do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007) no seu Capítulo III, no que diz respeito a Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e as Proibições nos artigos 94 e 98².

O Projeto de Pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e aprovado no protocolo n° 061/2008 – Ata 73 (anexo).

A todos os participantes foi garantido o sigilo, o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse.

¹ Resolução n°196/96: Esta reincorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatros referenciais básicos da bioética; autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

² Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Além disso, foram assegurados de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

3.6 Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente, foi enviado um ofício (Apêndice A) à responsável pelo PIDI Oncológico solicitando autorização para desenvolver o estudo.

De posse do documento com a autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (Apêndice B).

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética, foi realizado contato com os componentes da equipe do PIDI, momento em que foi formalizado o convite para participar do estudo informando os objetivos do mesmo, os procedimentos éticos e marcado o primeiro encontro.

Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal cujo foco para discussão com os sujeitos que consentiram em participar da pesquisa foi a questão norteadora e os objetivos deste estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2009, período no qual foram realizados cinco encontros que tiveram duração entre 60 a 90 minutos.

O ambiente para a realização dos encontros foi na sala de reuniões da equipe do PIDI, situada na sede do Programa. Utilizamos a técnica de grupo focal, pois entendemos que a mesma proporciona condições de debate, além de captar os significados já efetivados em cada um dos participantes do grupo também se presta a desenvolver as capacidades dos participantes com possibilidades de serem construídas. Durante a coleta, a pesquisadora exerceu o papel de mediadora, coordenando as discussões do grupo, fornecendo e estimulando os participantes a buscarem conhecimentos para serem socializados no grupo.

No primeiro momento os participantes foram saudados pela pesquisadora. Logo após, fez-se a leitura em voz alta do termo de consentimento livre e esclarecido e os participantes assinaram o documento. A seguir, foi apresentado o ofício de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

Logo após, foram informados de que a técnica de coleta de dados, que se constituiria em reuniões que não ultrapassariam uma hora e meia, contaria com a presença de uma coordenadora-animadora e também mediadora, neste caso a autora do estudo, além de duas relatoras acadêmicas de enfermagem do nono semestre. A mediadora teve o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão. O segundo papel foi o das relatoras que, além de auxiliar a coordenadora nos aspectos organizacionais, estiveram atentas para nada deixar de anotar sobre o processo criativo e interativo, registrando-o (MINAYO, 2006).

A seguir foi utilizada a técnica do papel. Distribuiu-se uma folha de papel em branco para cada um dos participantes para que tivessem a opção de expressar seus significados e a seguir para que socializassem no grupo.

Neste primeiro encontro foi oferecido a cada participante um material bibliográfico a respeito do tema espiritualidade, o qual foi escolhido pela pesquisadora por apresentar uma leitura agradável e instigante a respeito do tema. Tal material serviu de referência e foi discutido nos encontros seguintes, pois a descoberta de um contribuiu na experiência do outro, proporcionando a construção do conhecimento a partir do que o grupo trouxe, produziu e vivenciou. Neste encontro observamos que os participantes estavam apreensivos com a discussão do tema e demonstraram-se inibidos. Foi, então, solicitado pela pesquisadora que os participantes trouxessem para o encontro seguinte bibliografias de suas preferências referentes ao tema estudado, as quais foram apresentadas por cada participante e, posteriormente, discutidas pelo grupo.

Após o encerramento da coleta, foi oferecido aos participantes um lanche coletivo, pois o referido encontro aconteceu no horário do almoço.

No segundo encontro após a saudação da pesquisadora, foi exposto pela mesma o material coletado no primeiro encontro o qual após a escuta atenta obteve validação. A partir da exposição dos dados ao grupo, ela iniciou a discussão, comentando sobre os dados coletados no encontro anterior. Posteriormente, foi

solicitado pela pesquisadora que os participantes comentassem no grupo sobre o material bibliográfico que haviam lido. Foram trazidos artigos científicos a respeito de espiritualidade e cuidados paliativos, trechos da bíblia, de livros de Leonardo Boff e do evangelho segundo o espiritismo. A partir da exposição de cada participante a discussão fluiu e surgiram muitos comentários a respeito do tema espiritualidade. Antes de encerrar o encontro, a pesquisadora reforçou aos participantes a importância da leitura do artigo científico de Vasconcelos (2006) com o tema Espiritualidade, o qual foi distribuído por ela no primeiro encontro para se permear a discussão no encontro seguinte. Após o encerramento das discussões, foi oferecido pela pesquisadora um lanche coletivo.

No terceiro encontro, primeiramente foi exposto aos participantes o material coletado no encontro anterior para que fosse validado pelos mesmos. A seguir foi solicitado pela pesquisadora que os participantes fizessem comentários a respeito do artigo que haviam lido. No relato da maioria dos participantes o autor do referido artigo foi muito elogiado pelo método utilizado na exposição do tema, o qual leva os leitores a uma reflexão da prática dos profissionais da saúde e da educação em relação à espiritualidade. A partir da impressão de cada participante, a discussão do tema fluiu tranquilamente, fato que consolida a visão vygotskyana de que a construção de significados se dá a partir do estímulo da zona de desenvolvimento potencial, o que se observou após a leitura pelos participantes dos materiais indicados.

O grupo focal tem a qualidade de permitir a formação de consensos sobre determinado assunto ou de cristalizar opiniões díspares a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária (MINAYO, 2006).

A técnica de grupo focal, entendida por Beck, Gonzales e Leopardi (2001), é um modo de coletar dados a partir das experiências, discussões, percepções em grupo, no qual o interesse não está na busca de informações individuais e sim no resultado obtido a partir de um amplo debate no grupo. Desta forma na linguagem de Vygotsky é possível atuar-se na zona de desenvolvimento potencial para se tornarem reais.

No quarto encontro, como nos anteriores, foram validados os dados após a explanação da pesquisadora e, posteriormente, foi sugerida a divisão do grupo em subgrupos em salas diferentes, facilitando a reflexão sobre as discussões anteriores

e a construção do significado de espiritualidade. Após o tempo combinado entre os participantes, ocorreu a reunião do grande grupo mediado pela pesquisadora e com a observação das relatoras, momento no qual os significados construídos foram então socializados e aos poucos sofrendo modificações em consenso para, então, chegar-se à construção coletiva do significado de espiritualidade, conforme objetivo do referido estudo. Antes do encerramento do encontro, foi avisado pela pesquisadora que os participantes teriam um mês para internalizar o significado construído sobre o qual voltariam a discutir no quinto e último encontro. O encontro foi encerrado com um almoço coletivo.

No quinto encontro, após a saudação aos participantes, a pesquisadora solicitou que escrevessem sobre os temas que não haviam ficado claros nos encontros anteriores, tais como espiritualidade na formação profissional; experiência de cada um em conviver com a morte dos pacientes do PIDI; a contribuição que o grupo focal com o tema espiritualidade trouxe para os componentes individuais e para a equipe do PIDI Oncológico. A pesquisadora distribuiu um assunto por vez, esperou que todos escrevessem e solicitou que socializassem no grupo o que haviam escrito. Cada assunto gerou uma calorosa discussão com a participação de todos. Neste encontro, todos os assuntos que haviam ficado pendentes, vieram à tona e foram amplamente discutidos, além da discussão do significado construído pela equipe no encontro anterior.

Cabe ressaltar que no método construtivista, os participantes têm ingerência sobre os dados, pois é a realidade por eles construída que emerge do processo investigativo. Desta forma, são negociados os significados dos dados, bem como as interpretações e o produto final, desencadeando uma mudança radical nas relações de poder na pesquisa, na qual as decisões essenciais pertencem aos participantes e não à pesquisadora. Esta mudança corresponde a um dos aspectos do rigor científico da pesquisa construtivista, ou seja, a autenticidade (THOFEHRN, 2005).

Na perspectiva construtivista, o participante mais experiente pode e deve auxiliar no direcionamento da aprendizagem do parceiro menos experiente e, assim, favorece a apropriação do conhecimento de ambos, já que é estabelecido um processo de trocas (THOFEHRN, 2005).

Desta forma, tanto o material bibliográfico quanto as experiências compartilhadas e socializadas correspondem na visão vygotskiana como ferramentas ou artefatos de mediação, já que é a partir desse processo que se

desenvolvem as funções psicológicas superiores, imprescindíveis para a formação de conceitos.

Assim, esses artefatos mediadores incidem sobre a ZDP, ou seja, na trajetória do ser humano ao desenvolver funções que estão em processo de amadurecimento e que se tornarão funções consolidadas, estabelecidas no nível de desenvolvimento real, isto é, os conceitos. A ZDP, porém, refere-se a um domínio psicológico em transformação constante.

3.7 Análise dos Dados

Para Minayo (2006) a análise dos dados possui a finalidade de desvelar e administrar o material coletado, possibilitando ao investigador ampliar e aprofundar sua compreensão acerca do assunto pesquisado e relacioná-lo aos contextos culturais.

Assim sendo, após a coleta no grupo focal, os dados foram escritos na íntegra, sendo analisados e agrupados por temas de acordo com os objetivos propostos e a seguir fundamentados com referencial teórico específico e o conhecimento da autora sobre o assunto proposto.

No processo de análise de dados foram observadas as seguintes etapas ou passos: ordenação dos dados coletados no grupo focal, observação do material sobre o tema e organização dos dados coletados; classificação e embasamento teórico dos dados; interpretação dos dados que poderão fundamentar propostas de transformações sociais e institucionais (MINAYO, 2006).

Durante as discussões emergiram os seguintes temas que serão apresentados no próximo capítulo: Significado de Espiritualidade na Construção Individual; Espiritualidade, Cuidados Paliativos e Morte; Espiritualidade como Harmonizador e Oportunidade de Aprendizagem para a Equipe; Espiritualidade Durante a Formação e Significado da Espiritualidade para a Equipe do PIDI Oncológico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realidade de trabalho da equipe do PIDI Oncológico a espiritualidade constantemente vem à tona, pois esta equipe assiste diariamente pacientes em processo de terminalidade. Portanto, entendemos que cada um dos sujeitos possui um desenvolvimento real a respeito deste assunto. O papel da pesquisadora, além de coordenadora do grupo, foi também de atuar como ferramenta mediadora durante a construção do significado de espiritualidade para o referido grupo. O tema em pauta foi sofrendo o processo de internalização na zona de desenvolvimento potencial para, então, tornar-se um desenvolvimento real coletivo.

4.1 Significado de Espiritualidade na Construção Individual

Existem pelo menos dois níveis de desenvolvimento identificados por Vygotsky: um real, já adquirido ou formado, que determina o que a pessoa já conhece em relação a determinado tema e um potencial, ou seja, a capacidade de aprender com a interação com outras pessoas ou artefatos mediadores. Assim, determinados significados que se pretende construir deve partir da experiência que se tem em relação ao assunto, considerando-se as vivências anteriores (VYGOTSKY, 2001). Portanto, a seguir apresento os significados de espiritualidade no âmbito individual como início da discussão.

Durante as discussões do grupo surgiram vários questionamentos. Estas dúvidas, conforme a visão vygotskyana, serviram para suscitar um maior interesse nos participantes sobre o tema espiritualidade, ou seja, foram importantes estimuladores da zona de desenvolvimento potencial como podemos observar na fala a seguir:

[...] para mim é importante desvendar este assunto. (Gentil)

Em sua fala Gentil expressa certa curiosidade em relação à espiritualidade, algo que precisa ser melhor explorado. Por atuar numa equipe que assiste pacientes em processo de terminalidade, sente a necessidade de ampliar tal conhecimento tanto para atender as necessidades dos usuários como as suas próprias por ser profissional desta área.

As principais razões que os doentes referem em relação à importância dos profissionais de saúde atender as necessidades espirituais são: que estes compreendam a forma como as suas crenças interferem no seu problema de saúde; que os compreendam melhor como pessoas; que os profissionais de saúde ajudem a construir um sentido de esperança realista; que sejam capazes de os ouvir (MACCORD; GILCHRIST; GROSSMAN, 2004).

[...] Os pacientes falam que receberam a visita de espíritos da família e nós precisamos entender isso. (Caridade)

Este relato traz a fala dos pacientes em relação à presença em suas casas de pessoas que já morreram. Durante a discussão da equipe, houve consenso destes relatos. Tal fato me instigou a questionar sobre a possibilidade dos pacientes estarem sob efeito de drogas opiáceas ou pela presença de metástases cerebrais, mas e quanto aqueles enfermos que não estão sob efeitos das referidas drogas? Por que também citam tais fatos? E os que não possuem doença cerebral? Estas respostas a ciência tem dificuldade em elucidar.

Sufrimento é uma experiência humana, só os humanos sofrem. As pessoas querem falar de espiritualidade. (Pneuma-Sarx)

Observamos neste depoimento, a associação da espiritualidade com o sofrimento, fato que é comprovado na assistência de pacientes em cuidados paliativos, pois estes buscam na espiritualidade a força e a explicação para o sofrimento que estão vivenciando.

Podemos referir que a espiritualidade é uma dimensão importante do homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Quando perguntamos aos mais carentes como está a situação, muitos dizem tudo bem! De onde vem essa força toda? (Marta)

O questionamento sobre a presença de uma força que ampara pessoas que ao nosso olhar apresentam-se em condições de vulnerabilidade surge nesta fala. Frequentemente nos deparamos com tais situações. Temos acompanhado muitos pacientes em processo de morte que quando questionados em relação ao momento que estão vivenciando em vez de pedirem consolo, acabam nos consolando.

Pessoas com forte fé religiosa podem redefinir eventos potencialmente negativos em sua vida, como uma oportunidade de crescimento espiritual ou como parte de um plano divino mais amplo (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

Há vida após a vida? É intrigante isso! (Caridade)

Caridade traz para a discussão um grande mistério para o qual ainda não temos respostas, apesar de algumas religiões afirmarem que existe vida eterna, que entendemos como vida após a vida terrena. Outras crenças afirmam que ocorre apenas a morte do corpo físico e que o espírito sobrevive em uma outra dimensão, vindo a reencarnar posteriormente. O que se torna interessante neste mistério é que cada ser humano possui uma verdade de acordo com a sua história, sua cultura e suas crenças.

A religião pode ser definida como crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu à pessoa uma natureza espiritual que continua a existir depois da falência de seu corpo físico e espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (PANZINI et al., 2007).

A espiritualidade tem se mostrado como um componente importante que deve ser levado em conta na gestão do processo de trabalho em saúde, já que os novos modelos assistenciais não se restringem mais ao atendimento de demandas da doença, mas vão além, na busca pela promoção de ações nas quais sejam estabelecidos vínculos, relações mais personalizadas, mais humanizadas, mais espiritualizadas, tendo a satisfação dos usuários como um dos indicadores de saúde. Esse cenário determina também a mudança do modelo de gestão, hoje predominantemente direcionado a serviços desintegrados e organizados mais em função das características estruturais dos serviços do que das necessidades da população, conforme Pierantoni, Varella & França (2004). Assim, esse estudo já

busca de certa forma romper com essa lógica. Através do depoimento individual, verificamos um dos significados efetivados ou reais de espiritualidade que pode dar continuidade a essa discussão:

[...] o ser humano não é visto somente como matéria. É matéria e não matéria. A espiritualidade é diferente da religiosidade ou, se tem, ou se busca. (Philos)

Na fala deste profissional, observamos a necessidade de considerar o paciente como um ser integral e compreendo que a visão biomédica não abrange esta integralidade que consiste em atendê-lo em todas as dimensões, ou seja, biológica, psicológica, espiritual e social.

A assistência integral refere-se ao atendimento das necessidades dos usuários de forma ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e constituindo-se como um desafio na caminhada de construção do sistema (MATTOS & PINHEIRO, 2004). A integralidade constitui-se no caminho que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no usuário e não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico (FONTOURA; MAYER, 2006).

Cabe ainda o esclarecimento de que espiritualidade é um termo mais amplo que religião. Esse deriva da palavra latina “religare”, significando “religar” e diz respeito a determinadas tradições espirituais, enquanto ganham expressão concreta em ritos e celebrações codificadas, cultural e historicamente (PESSINI; BERTACHINI, 2005). Religião alude a uma instituição cultural ou grupal, em torno de um culto específico, que tem lugar e tempo particulares, oferecendo consolo nas privações, favorecendo a auto-aceitação e diminuindo os sentimentos de culpa (BAUTISTA, 2003).

[...] a espiritualidade é tratada como a essência do homem, como pensa e age. É crer numa força maior, algo que tu não enxerga, apenas sente e tem fé naquilo. (Gentil)

A espiritualidade é referida como uma força que é sentida apesar de não se conseguir visualizá-la. É identificada como algo profundo e tem relação com uma força maior que Gentil acredita existir. Esse sentimento o leva a ter fé, fato que parece ser importante em sua vida e na sua atuação profissional.

A espiritualidade é uma dimensão importante da pessoa que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A espiritualidade tem a mesma importância que o resto do cuidado [...] tu não consegues dar atenção à dor sem dar atenção a espiritualidade.
(Pneuma-Sarx)

De acordo com esta participante, a espiritualidade é considerada como parte do processo de cuidado, sendo incluída com o mesmo valor das demais ações cuidativas. Em cuidados paliativos prestamos cuidados globais, ou seja, avaliamos os sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais e a partir desta avaliação traçamos, em equipe, um plano de cuidados para suprir tais necessidades. Frequentemente os usuários e familiares buscam na equipe este cuidado espiritual, assim como os demais cuidados. Dentre os princípios dos cuidados paliativos está presente a manutenção da qualidade de vida e o cuidado com o corpo até depois da morte, proporcionando-se conforto e bem-estar para o paciente e sua família.

Espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas (PERES et al., 2007).

Os termos espiritualidade, religiosidade e fé em geral se relacionam, porém possuem significados diferentes. A equipe do PIDI observa estas diferenças e faz os seguintes relatos:

É importante o profissional ter a capacidade de diferenciar espiritualidade de religiosidade. (Gentil)
Religiosidade diferente de espiritualidade. (Marta)

Estes participantes identificam e ressaltam a diferença entre espiritualidade e religiosidade, sendo importante esta distinção porque isso nos possibilita desvincular tais conceitos. É importante considerar que muitas pessoas que não estão ligadas a nenhuma religião possam cultivar sua espiritualidade dando sentido para sua existência.

A diferença tem sido explicada com base na religião ter o cunho de ser institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada ou praticada e a espiritualidade referir-se também a buscas e práticas

subjetivas que levam a experiência de transcendência, individuais e não-institucionais (GEORGE et al., 2000).

Essa transcendência é evidenciada na fala a seguir:

(...) os pacientes querem buscar Deus, as respostas em Deus, mesmo sem religião. (Caridade)

Ainda reforço que religiosidade refere-se ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. E que o conceito de espiritualidade é mais abrangente do que o de religião. A espiritualidade é entendida como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. Assim alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Na expressão da participante que segue, ela encontra uma possível relação entre espiritualidade e religiosidade:

Pode estar ligada a religiosidade, "o teu eu expressado", é tocar e ser tocado. (Madalena)

Esta participante entende que a espiritualidade pode ter relação com a religiosidade, porém a mesma refere que a espiritualidade favorece à expressão do interior humano e esta, por sua vez, favorece à relação entre as pessoas. Através da expressão da espiritualidade abre-se espaço para as relações intra e interpessoais.

Koenig (2001) conceitua religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou transcendente e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado ou transcendente. Para este autor a relação da religião e da espiritualidade não está nas relações humanas e sim na relação do ser humano com o divino e quem sabe poderia ir mais além e dizer da relação com o divino através da fé.

(...) espiritualidade é semelhante a fé. (Philos)

Nesta fala observamos a comparação entre espiritualidade e fé, o que nos parece ser uma busca de aproximação como explicação para a existência de uma força que pode ser mobilizada quando for necessária.

A fé caracteriza-se pelo relacionamento e ligação com uma força transcendente ou espírito que é componente essencial da experiência espiritual, vinculado com o sentido. Essa fé pode identificar tal força como externa à psique humana ou internalizada (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

(...) ênfase no conceito de espiritualidade sem estarem ligada as religiões e sim com o “eu profundo”. (Madalena)

A participante ao relacionar a espiritualidade com relação ao eu profundo, refere-se à busca interior das pessoas pelo sentido e significado para suas vidas, independente de estarem ligadas a religiões, dogmas ou cultos.

Espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Os participantes demonstraram interesse e sentiram-se estimulados a exteriorizar os significados reais, fato que serviu de alicerce para dar prosseguimento na discussão.

Considerando que a equipe que participa deste estudo atua prestando assistência a usuários em fase de cuidados paliativos e em processo de morte, assim, trouxemos também este tema para discussão.

4.2 Espiritualidade, Cuidados Paliativos e Morte

Observamos que as pessoas em situação de terminalidade buscam apoio na força espiritual através de orações que as aproximem de algo superior. Práticas religiosas e espirituais como preces, contemplações e meditações podem alterar o estado de consciência, influenciando a mudança da percepção de um evento que desencadeie sofrimento. Tais ações podem ter influência importante no modo como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor e a auto-confiança em lidar com as adversidades (PERES; SIMÃO; NASEL, 2007).

(...) os pacientes que cultivam a espiritualidade aceitam melhor a morte. Aquele que não tem espiritualidade não consegue falar de morte. (Pneuma-Sarx)

Na declaração desta participante existe uma forte relação entre a espiritualidade e a aceitação da morte, fato que nos instiga em seguir aprofundando tal tema. Desta forma a mesma segue afirmando que:

Pacientes com doenças fora de possibilidades de cura merecem cuidados integrais para alívio dos sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais. Conviver com estes pacientes de forma continuada requer a identificação de mudança na forma de ver estas necessidades, ou seja, nós profissionais temos que reconhecer que os aspectos emocionais e espirituais devem tomar uma maior dimensão no cuidado, permitindo assim abrir um canal para resolução dos conflitos próximos à morte. (Pneuma-Sarx)

Nesta fala observamos que o profissional reconhece a necessidade da equipe identificar a complexidade do cuidado ao ser humano em cuidados paliativos, para tanto a mesma chama a atenção para os aspectos emocionais e espirituais requerendo uma maior sensibilidade para poder atender estas necessidades.

Cabe esclarecer que os cuidados paliativos visam aliviar especialmente os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase terminal, com uma vasta gama de sintomas de sofrimento de ordem física, psíquica e espiritual. Por isso, exige-se a ação de uma equipe multi- e interdisciplinar de especialistas com competências específicas em termos de cuidados, em sintonia entre si para cuidar (PESSINI, 2005).

A assistência do paciente em cuidados paliativos requer do profissional uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para só, então, planejar ações. Portanto, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorriso que transmitam aceitação e estimulem a expressão de sentimentos. Perceber constitui não apenas olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Pacientes relatam a necessidade da boa morte, escolhem trocar mais alguns dias de vida numa UTI, pela morte em casa com momentos mais calorosos. Vivendo o momento, a pessoa já busca a espiritualidade. (Madalena)

Na expressão de Madalena observamos que sempre que possível os pacientes elegem o ambiente domiciliar para seus momentos finais, no qual buscam

o apoio da família e encontram espaço para vivenciar tal momento com paz e serenidade, sendo considerada sua singularidade.

Segundo Menezes (2004), os programas de Cuidados Paliativos criam uma nova representação social do morrer, permitindo a administração do final da vida. Os profissionais paliativistas, como passam a ser conhecidos aqueles que elegem os serviços de Cuidados Paliativos, mantêm uma nova relação com o processo de morrer. A morte deixa de ser um evento puramente biológico e passa a ser um evento construído socialmente. Nos programas de Cuidados Paliativos a morte deixa de ser oculta para se tornar visível, sendo mais aceita pelos profissionais. São importantes as habilidades para administrar as contingências da morte.

[...] olhar a pessoa como um todo, integrar a espiritualidade nesse todo. No PIDI se faz isso. Observamos o profissional de psicologia integrado com a psique (alma), pensando tratar as emoções, mas a espiritualidade precisa ser incluída. (Philos)

O cuidado paliativo está inserido no processo de trabalho da saúde como uma modalidade de assistência que abrange além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte. Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces dos cuidados paliativos. Transcender é buscar significado e a espiritualidade é o caminho (PERES et al., 2007).

No início foi difícil, pois apesar de trabalhar há algum tempo com pacientes terminais, não tinha um contato tão íntimo com eles. Este contato e esta experiência só comecei a ter depois de visitá-los diariamente em suas casas em contato íntimo com sua família, seu cuidador e a casa propriamente dita. É uma experiência, uma vivência rica, pois aprendi a ficar “amiga” da morte, já que não posso lutar contra ela. (Madalena)

A profissional expressa a dificuldade inicial de conviver com o processo de morrer dos pacientes, principalmente após o convívio diário em seus lares. Revela ser uma experiência rica e quando se refere a ser amiga da morte quer dizer que em cuidados paliativos, não devemos vê-la como alguém terrificante por quem não podemos fazer nada. Precisamos nos aproximar para então termos a capacidade de oferecer apoio e conforto tanto para os pacientes quanto para sua família.

Eu pessoalmente, nunca tive problemas em lidar com a morte, quando fui convidada a trabalhar no PIDI não tinha idéia de como seria. Aprendi com a colega de trabalho que nós andamos lado a lado com a morte, somos aliados dela. (Divina)

Divina revela não apresentar dificuldade em lidar com a morte, porém confessa que aprendeu com a colega que devem ser aliadas da morte, no mesmo sentido que reforça a necessidade de enfrentamento a partir de uma aproximação com a realidade, com a possibilidade de oferecer amparo para o paciente e sua família no processo de aceitação deste evento. Para os profissionais que trabalham assistindo pacientes em cuidados paliativos, torna-se imprescindível prestar alívio dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

No modelo contemporâneo da "boa morte", a equipe de saúde compreende a morte de modo distinto e, conseqüentemente, busca posicionar-se de uma nova forma. A proposta dos profissionais consiste em assistir o moribundo até seus últimos momentos, buscando minimizar, tanto quanto possível, sua dor e desconforto e dar suporte emocional e espiritual a seus familiares (MENEZES, 2003).

Na fala a seguir o participante instiga à reflexão em busca de respostas para o episódio da morte.

Diante da morte normalmente tenho um ou vários momentos de introspecção – olhar pra ti, também de olhar a sua volta, ao passado e ao presente e questionar-se: Qual é o sentido da vida? Para que e para quem fui criado? De onde vim e para onde vou? (Philos)

Estes momentos de introspecção são peculiares nos profissionais que atuam em cuidados paliativos, principalmente quando presenciamos a finitude de nossos semelhantes e estes questionamentos nos levam a reflexões que modificam nosso modo de olhar o mundo à nossa volta. Assim, passamos a dar um novo sentido a nossa existência.

A espiritualidade diz respeito a tudo que envolve a existência de uma pessoa como pessoa, com tudo o que isso implica, em termos de capacidade de nós como seres humanos de autotranscendência, relacionamentos, amor, desejo e criatividade, altruísmo, auto-sacrifício, fé e crença. É a dinâmica de integração da pessoa em relação à sua identidade única e original e a partir dessa perspectiva segue-se que todas as pessoas têm necessidades espirituais. Tais necessidades e preocupações adquirem uma importância muito maior quando as pessoas têm de enfrentar a própria morte (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

No relato a seguir o profissional relaciona o processo de morrer com o processo de viver, descrevendo sua experiência em tal evento:

Na minha experiência profissional em lidar com a morte e o luto da família, quando há um sentido para a vida há também para a morte, há uma nova maneira de encarar a despedida ou o sofrimento e as dores. As pessoas buscam além de respostas para a morte e o morrer, o consolo para o além do evento em si. Se perguntam: o que vem depois? Estar em paz com isso é importante. (Philos)

Nesta fala o profissional ressalta a importância de entendermos o sentido de nossa existência, inclusive para o momento em que inevitavelmente deixaremos de vivê-la, pois em sua colaboração relata que a vida e a morte se inter-relacionam, portanto uma influencia na outra. Fato que comumente nos leva a pensar sobre o nosso processo de viver.

A palavra morte traz consigo muitos atributos e associações: dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um ser humano, de um animal, de uma planta, de uma ideia que ao chegar ao topo da montanha admira-se ante a paisagem, mas compreende ser obrigatória a descida. Numa posição antagônica, a morte coexiste com a vida, o que não a impede de ser angustiante, incutir medo e, ao mesmo tempo, ser musa inspiradora de filósofos, poetas e psicólogos (FRANÇA; BOTOMÉ, 2005).

A participante a seguir traz a experiência de conviver diariamente com pessoas em processo de morrer e evidencia o potencial que têm estas pessoas, o qual pode ser aprendido na relação profissional paciente.

O nosso trabalho no PIDI nos leva a lidar quase que diariamente com a morte, e a mim parece que estas pessoas tem muito a nos ensinar. Eu me sinto muito mais auxiliada do que auxiliadora. E este auxílio que não apenas como profissionais, mas principalmente como seres humanos recebemos, seria o contato com a espiritualidade (Caridade).

No relato de Caridade o contato diário com a morte através da assistência de pacientes em cuidados paliativos tem lhe trazido preciosos ensinamentos, pois lhe proporciona o contato com a espiritualidade. Esta relação estabelecida com o paciente e sua família em fase de cuidados paliativos, frequentemente nos remete à reflexão sobre o sentido de nossa existência.

Os Cuidados Paliativos são uma forma de educação para a morte, para o paciente, seus familiares e profissionais de saúde, já que propõem o convívio diário com as perdas trazidas pelo adoecimento e pela proximidade da morte. O luto antecipatório é uma forma de compartilhar os sentimentos e o sofrimento em relação a estas perdas. Porém, a principal tarefa dos profissionais e gestores é evitar os

processos distanásicos, informando, esclarecendo e amparando pacientes, familiares e demais profissionais de saúde (KOVAKS, 2003).

A vivência dos profissionais com pacientes em cuidados paliativos me parece ser uma excelente oportunidade de aprendizado em relação ao processo de viver e conseqüentemente de morrer. Fica evidenciado que os pacientes encaram a morte como um processo natural, porém que precisa ser enfrentado por todos como um evento, que deve estar permeado por uma harmonia, a qual necessita ser buscada por todos os envolvidos neste processo, no qual a espiritualidade torna-se um elemento essencial.

4.3 Espiritualidade como Harmonizador e Oportunidade de Aprendizagem para a Equipe

Sendo a espiritualidade pouco reconhecida como prática científica, justifica-se o cuidado espiritual pela necessidade apresentada pelo paciente. Considerando que o paciente criticamente enfermo tende a buscar apoio na sua crença religiosa, cabe ao profissional aceitá-la e proporcionar-lhe o atendimento espiritual de que necessita. Esse atendimento, prestado por pessoas especificamente preparadas para esse fim, baseia-se no pressuposto de que tanto os profissionais como o usuário dos serviços de saúde devem ser cuidados na totalidade de suas dimensões física, emocional, intelectual, social, cultural, espiritual e profissional (SAVOLDI et al., 2003).

Sob essa concepção foi identificado grande disposição e interesse por parte dos participantes do grupo por considerarem importante o tema espiritualidade:

[...] é o round interno (no sentido de interior) da equipe. (Pneuma-Sarx)

[...] vai ser um grupo muito rico para se conhecer o papel que se exerce e o que precisamos para continuar e melhorar. Serve para crescer, no dia a dia com o colega. (Madalena)

No relato de Madalena a discussão do tema espiritualidade serve também para reflexão sobre o papel desempenhado pelos profissionais na equipe interdisciplinar. Para Madalena discutir sobre espiritualidade é mais uma oportunidade de crescimento para o grupo. Desse modo a abordagem espiritual

torna-se imprescindível na assistência em cuidados paliativos e os profissionais necessitam se apropriar de tais conhecimentos.

A utilização da espiritualidade no contexto de trabalho estaria em sintonia com o movimento de valorização e de humanização das organizações. O aspecto espiritual na gestão das organizações tem sido reafirmado em termos de vantagens, não apenas de natureza financeira, mas igualmente de natureza coletiva e social. Aponta-se, sobretudo, para ganhos de satisfação no trabalho, maior comprometimento, maior vinculação à organização a partir de um trabalho com sentido claro, comparativamente a outras organizações onde essa dimensão não está presente (SIQUEIRA, 2008).

No depoimento seguinte a participante refere-se que se sentiu motivada em buscar na Bíblia um tema para ser socializado com o grupo, fato que ocorreu em pleno feriado de carnaval, festa pagã, a qual é considerada por algumas religiões como imoral, mundana porque contraria os preceitos cristãos.

Há muito tempo que não pegava a Bíblia. Em pleno carnaval, festa pagã eu abri a Bíblia [...] uma experiência muito importante, principalmente, para a nossa saúde. (Marta)

Marta refere que a discussão sobre a espiritualidade lhe proporcionou um resgate de suas questões interiores. Ela acredita ser importante essa parada na rotina e nos aspectos impostos pelo contexto sócio-histórico-religioso, pois considera o carnaval uma “festa pagã”, mas tal fato contribuiu na atenção à saúde.

Desta forma, cabe reforçar que na atuação em cuidado paliativo, a terminalidade leva a equipe a buscar resposta para sua própria morte e um dos caminhos é através da espiritualidade.

O trabalho com o outro, com ser humano mexe com o nosso interior. (Marta)

Assim é preciso mencionar ainda que as principais razões que os doentes referem em relação à importância dos profissionais de saúde atenderem às necessidades espirituais são: que estes compreendam a forma como as suas crenças interferem no seu problema de saúde; que os entendam melhor como pessoas; que os profissionais de saúde ajudem a construir um sentido de esperança realista; que sejam capazes de os ouvir (MACCORD, 2004).

Na expressão do participante a seguir ele reconhece a relevância que este estudo promove ao se discutir o tema espiritualidade em uma equipe de saúde, que na maioria das vezes passa despercebido por não ser visível.

Graças ao teu trabalho, estamos discutindo isso, tratar do que a gente não vê. (Philios)

A discussão do tema espiritualidade é o objetivo proposto pela pesquisa, pois a equipe estudada se defronta diariamente com pacientes e famílias que demonstram a necessidade da abordagem de tal tema e entendemos ser urgente o entendimento do aspecto espiritual destas pessoas, especialmente no momento da morte em que os profissionais do PIDI ainda têm dificuldade em prestar o cuidado aos pacientes e cuidadores. Além disso, a própria equipe necessita buscar respostas para as várias situações vivenciadas, durante todo o processo de viver e morrer.

A dimensão espiritual tem uma natureza sistêmica e que pela ética e estética harmoniza todas as dimensões da pessoa em seus relacionamentos com outros. A dimensão espiritual é considerada como fundamental para a re-humanização do trabalho dos profissionais da saúde (MENDES et al., 2002).

O ser humano constitui-se por uma complexidade em que todos os aspectos devem ser considerados durante a atenção, assim a realização de um cuidado integral rompe com o modelo biomédico, o qual centra-se no atendimento apenas das necessidades referentes ao âmbito físico. Tal fato é evidenciado através dos seguintes depoimentos:

[...] ser humano não é uma máquina, assim o sujeito se sente melhor. (Pneuma-Sarx)

O ser humano não é máquina ou apenas matéria. (Philos)

Nestes relatos os profissionais se referem à discussão do tema espiritualidade como sendo importante ao ser humano, pois como não é *máquina*, necessita que esta dimensão seja reconhecida em sua existência. Temos que ter o cuidado em abordar todos os aspectos que permeiam a existência humana, ou seja, necessitamos reconhecer nos usuários as necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais para então darmos conta da assistência integral e individualizada.

No contexto vivido assiste-se a um interesse crescente pelas investigações sobre as relações entre o corpo e a mente, o que de algum modo espelha a mudança de paradigma nos cuidados de saúde, de uma abordagem biológica para uma abordagem globalizante, em que as necessidades espirituais são parte integrante das necessidades físicas e psicológicas (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Mattos e Pinheiro (2001) corroboram com esta idéia, reforçando a abertura de profissionais de saúde para outras necessidades que não somente as ligadas à doença física, ou seja, o reconhecimento de outras necessidades também faz parte da integralidade. O profissional comprometido com a integralidade busca por meio de seus saberes e práticas atender a pessoa de acordo com as suas necessidades.

Na seguinte explanação o participante refere-se que a espiritualidade interfere inclusive durante o processo de produção dos trabalhadores:

Trabalhadores espiritualizados desenvolvem-se com mais produtividade.
(Gentil)

Nesta expressão há a relação da espiritualidade com produtividade. Esta relação se explica considerando que a espiritualidade proporciona harmonia pessoal, fator importante para o desempenho de atividades profissionais do exercício laboral. É o reconhecimento que o trabalho transcende os aspectos materiais e que num ambiente harmônico aumenta a possibilidade de encontrar a felicidade e de se trabalhar melhor.

No depoimento a seguir a profissional coloca a espiritualidade como um componente que favorece liberar seus afetos e atitudes necessárias ao convívio humano.

Os desamparos do profissional, perturbações, reflexões que são necessárias para elaboração, pois a espiritualidade ajuda a pessoa a não se fechar, diante das situações. (Caridade)

Neste relato aparece a espiritualidade como possibilidade de abertura à outras perspectivas, além da oportunidade de se refletir a respeito de tantas indefinições que permeiam a nossa existência.

Para Machado e Figueiredo (2002), ao relatar sua experiência de quase morte, incluem a espiritualidade como uma dimensão do ser humano e chamam a atenção dos profissionais da saúde, dizendo não fazer sentido alguém se prestar a cuidar de pessoas no limite vida e morte sem que ela mesma tenha despertado para a espiritualidade.

No depoimento seguinte um profissional chama a atenção para o exercício da escuta:

[...] a equipe de saúde tem necessidade de ouvir. (Betinho de Jesus)

A assistência a pacientes em situação de terminalidade requer do profissional uma postura diferente, na qual precisa se colocar ao lado do paciente numa condição de interesse genuíno para poder ouvir atentamente o que o paciente necessita expressar. Esta atitude, que é pouco comum entre os profissionais da saúde, faz toda a diferença e possibilita a interação tão necessária para o cuidado humano.

Para Sounders (2005) se nos aproximamos para além de nossa capacidade profissional, com nossa comum humanidade vulnerável, poderemos interagir com os pacientes sem haver a necessidade de palavras de nossa parte, mas somente respeito profundo. Um ouvir atento de ambos tocará em seu interior e acredito que esta interação é que possibilita a troca de afetos entre a equipe, os usuários e os cuidadores.

Os pacientes durante o processo de adoecimento encontraram diversos profissionais da saúde. Cada encontro provê uma oportunidade de comunicação. Muito do que comunicamos é por meio da linguagem verbal, mas muito também comunicamos pela linguagem não-verbal (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Na próxima fala a participante evidencia a necessidade dos profissionais despirem-se de preconceitos e chama a atenção para o seguinte aspecto:

[...] tirar as carapaças. (Pneuma-Sarx)

Neste depoimento a profissional faz referência a tirar as carapaças, ou seja, ela propõe que precisamos nos livrar de nossos preconceitos para assim interagir com pacientes, familiares e com os próprios colegas, numa condição de igualdade, na qual a espiritualidade surge como um despertar, que chama a atenção a estes importantes aspectos da experiência humana.

Salgado, Rocha e Conti (2007) ao investigarem o desconforto dos profissionais em abordar este assunto, ressaltam que para se ter uma visão integral do ser humano, é preciso admitir a existência de algo mais, além do corpo biológico que alguns chamam de alma ou de espírito e principalmente o poder de comando que este exerce sobre o organismo. Revelam que por ser esta uma questão

polêmica no âmbito da ciência e conseqüentemente da saúde, os profissionais adquirem uma postura reservada e insegura a respeito.

No próximo depoimento evidenciamos o reconhecimento da troca realizada entre pacientes e profissionais:

[...] os doentes ensinam as pessoas a serem realistas. (Madalena)

Esta participante pontua a oportunidade de aprendizado aos profissionais na relação com os pacientes em cuidados paliativos e suas famílias. Passamos muito tempo da nossa vida preocupados com o futuro e lamentando o que deixamos de fazer no passado. O convívio com o paciente terminal nos chama a atenção para a importância de explorarmos o presente, pois o agora é a nossa realidade, a qual não devemos desperdiçar.

O enfrentamento da morte durante o cotidiano dos profissionais que atuam em cuidados paliativos e a aceitação das deficiências físicas, psicológicas e morais que cada um carrega abrem a pessoa para o outro, formando-o para a solidariedade, à medida que quebra a ilusão difundida pelo individualismo do capitalismo, da pretensão de uma vida autônoma e fechada nos próprios interesses. Fica evidente que não se pode sobreviver com saúde sem uma intensa relação solidária com os outros. Assim, a doença, à medida que pode fortalecer a interação solidária e a amorosidade, contribui para a saúde da sociedade (VASCONCELOS, 2006).

Com isso entendemos que a ética do cuidado e das virtudes apresenta-se como apropriada e necessária em cuidados paliativos. A ética do cuidado destaca essencialmente a natureza vulnerável e dependente dos seres humanos. Portanto, enfatiza que a ética não somente diz respeito ao processo de decidir, mas também envolve a qualidade das relações, tais como continuidade, abertura e confiança (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Na discussão deste tema fica evidenciado que a espiritualidade é reconhecida pelos participantes como a possibilidade de abertura aos processos de interação entre a equipe, assim como entre ela e os pacientes, considerando que a atuação profissional em cuidados paliativos possibilita a troca de saberes entre os envolvidos.

Durante as discussões surgiu por parte de alguns integrantes a necessidade de se debater a respeito da falta de abordagem do tema durante a formação, que se segue na discussão a seguir.

4.4 Espiritualidade Durante a Formação

Faz-se necessário o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde por parte dos profissionais, o esclarecimento dos conceitos de religiosidade e espiritualidade com os profissionais, a inclusão da espiritualidade como recurso de saúde na formação dos profissionais, a adaptação e validação das escalas de espiritualidade e religiosidade à realidade brasileira e a capacitação de maneira específica para a área clínica e do cuidado (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

No depoimento a seguir é mencionado a deficiência durante a formação em relação à abordagem da espiritualidade:

Por se tratar de um conceito subjetivo, a espiritualidade teve discreta expressão na minha formação acadêmica, [...] apesar de haver necessidade demandada pelos pacientes dos vários serviços que transitei. Cabe destacar que [...] usuários demandam constantemente o aspecto espiritual, mas os estudantes e profissionais não dialogam sobre esta questão, buscando sempre uma abordagem concreta no manejo dos pacientes. (Pneuma Sarx)

No relato desta participante ela reconhece e identifica a necessidade da abordagem espiritual demonstrada pelos usuários, não sendo reconhecidas e conseqüentemente acolhidas pelos profissionais de saúde. Entendemos que a ausência da atenção espiritual se deve à própria natureza do tema porque na maioria das vezes o profissional tem dificuldade de reconhecer a sua própria espiritualidade por ela pertencer a um nível de experiência vivencial ou devido ao paradigma tecnicista que temos vivenciado na virada do século XX durante a formação e a assistência.

Para a superação do dualismo entre racionalidade objetiva de um lado e a emoção, a intuição e a valorização da capacidade de percepção sensorial de outro, a integração vem sendo frequentemente evocada em muitos discursos dos profissionais do campo da saúde e da educação. Porém, não basta querer integrar. Os caminhos da integração são difíceis. Para isso, estes profissionais necessitam

resgatar o aprendizado do autoconhecimento na formação acadêmica (VASCONCELOS,2006).

O mesmo autor ainda refere que é uma jornada difícil, mas também simples, pois não depende tanto do aprendizado de saberes sofisticados e sim da abertura a capacidades, motivações, imagens e estruturas de pensamento que já habitam a mente humana, herdadas geneticamente e proveniente da cultura. Exige ainda o reconhecimento e o afastamento de muitas atitudes de vida e expectativas aprendidas e incutidas, no complexo processo de formação técnica, que preenchem a mente do profissional com um turbilhão de exigências, tomando o espaço e a energia para o encontro com suas motivações mais profundas e para a percepção atenta de sinais sutis emanados da realidade próxima. Exige mais silêncio e introspecção do que estudos e capacitações.

Por outro lado, trabalhamos a abordagem do cuidado, na qual a lógica racional é ainda dominante, embasado em experimentos quantitativos com medidas objetivas, hoje com ênfase na robótica, tecnologia pela internet e genética, na qual os robôs estão cada vez mais se aproximando dos humanos e estes ficando cada vez mais eletrônicos.

Em relação à espiritualidade por sobrepor-se ao mensurável e quantificável e por definição ela transcende o marco científico, relacionando-se a uma experiência humana vivencial. Portanto, está na esfera qualitativa com as dificuldades que vão além das questões subjetivas.

E assim as pessoas continuam pensando que possuem o poder de salvar e prolongar vidas humanas. Desta forma, parece-nos urgente que as instituições formadoras preocupem-se com a capacitação de seus alunos quanto ao desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. Observamos que com os profissionais que trabalham com seres humanos em situações de doença e, mais especificamente, com aqueles que vivenciam a presença da morte anunciada, torna-se imprescindível que aprendam além das técnicas assistenciais ou da operação de aparelhos que realizam intervenções diagnósticas ou terapêuticas. É preciso ser preparado para saber quando e o que falar, como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afeto, como calar, escutar, estar próximo e mais acessível às necessidades destas pessoas (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Na referência do participante a seguir, ele evidencia que os pacientes e cuidadores demonstram a necessidade de serem vistos como seres inteiros e a espiritualidade compõe esta integralidade:

Profissionais da saúde trabalham e vivem num dualismo: morte/vida, espírito/matéria. Não apenas estes profissionais, mas no campo da saúde isso se torna mais evidente [...]. Em muitos momentos o paciente e seus cuidadores necessitam mais do que informações técnicas e cuidados com o corpo. É preciso cuidar do ser humano na sua integralidade e isto implica também em cuidar daquilo que não é visível e palpável. A busca e o estudo da espiritualidade entre profissionais da saúde é imprescindível para um cuidado integral. E esse cuidado e essa busca precisa ser despertada na academia. A questão é: é possível ensinar o que não se sabe? É possível investir na valorização ou na prática de algo que não exercito? Cuidar do corpo sem importar-se com a espiritualidade é cuidar de modo parcial. (Philos)

A superação do dualismo entre racionalidade objetiva de um lado e a emoção, a intuição e a valorização da capacidade de percepção sensorial de outro vem sendo frequentemente evocada em muitos discursos dos profissionais do campo da saúde. Essa separação, que desde os gregos da Antiguidade foi se consolidando no pensamento ocidental, tem justificativas legítimas. A emoção frequentemente obscurece a razão. Nesse sentido, a integração entre tais dimensões não é um simples retorno a formas antigas de organização do pensamento e do fazer humano, mas uma nova forma de articulação entre essas dimensões, que incorpora e surpreende o avanço da racionalidade conquistado pela modernidade (VASCONCELOS, 2006).

A maior ameaça para a ampla aceitação da saúde espiritual como uma área de estudo legítimo é o impacto do cientificismo nas disciplinas de saúde. A visão de mundo que prevalece nas disciplinas de saúde tem raízes no empirismo e nas ciências naturais, que tem como base metodológica, de alguma forma, o naturalismo (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A profissional na fala seguinte no que se refere à abordagem da espiritualidade durante a formação traz alguns questionamentos:

Durante a minha formação superior [...] este tema não foi abordado, faço os seguintes questionamentos: seria por falta de conhecimento dos orientadores? Por que tocar neste assunto, talvez muitos não compreenderiam, ou até mesmo, achariam estranho falar sobre espiritualidade se existem outras matérias do curso que são tão mais importantes? Ou os colegas achariam que não teria nada a ver, pois estavam muito mais preocupados em sua formação profissional do que nos sentimentos de cada um. (Madalena)

Observamos nesta expressão que além do relato da ausência da abordagem do tema espiritualidade durante sua formação acadêmica, ela traz vários questionamentos que se justificam nos fatos que já foram abordados anteriormente, ou seja, a dificuldade de lidarmos com o que não é quantificável e a abordagem biológica centrada nos sintomas físicos, justificados pela predominância do paradigma cartesiano ou científico (VASCONCELOS, 2006).

O mesmo autor ressalta que os profissionais da saúde apresentam necessidades de buscar uma dimensão de sua formação que foi desvalorizada na academia, através da jornada de autoconhecimento interior. Uma jornada longa, cheia de encruzilhadas, armadilhas e possibilidades, necessitando, por isso, de apoio e orientação através de grupos de reflexão, psicoterapia, envolvimento em atividades artísticas, leituras, criação sistemática de espaços de interiorização e do contato com a experiência acumulada por séculos nas tradições espirituais da humanidade.

Já a próxima participante, chama a atenção para a importância de ter sido incluída em sua formação disciplinas que abordaram a espiritualidade:

Durante minha formação acadêmica, foi muito importante as disciplinas que trataram de espiritualidade [...] . Para o exercício profissional é fundamental entender um pouco sobre espiritualidade, pois lidamos com seres humanos, portanto seres espirituais, cada um com sua história de vida. (Marta)

No relato, Marta ressalta a importância que teve em sua formação as disciplinas relativas de teologia, pois entende os seres humanos como seres espirituais com particularidades relativas à sua singularidade. Quando o profissional tem o privilégio de ser abordado durante a sua formação com temas pouco comuns nas academias, como a espiritualidade, consegue formular significados que são importantes no seu desempenho profissional.

Na referência a seguir, o profissional expressa sua experiência em relação à espiritualidade:

Durante o período de graduação [...] não foi abordado o assunto espiritualidade. Nunca foi visto esse assunto como parte da vida dos pacientes e/ou da equipe terapêutica. As noções de espiritualidade por mim adquiridas foram decorrentes do contato com a religião espírita desde a minha infância. Posteriormente, adquiri o hábito de leitura de romances espíritas, livro-texto e livros de mensagem. Durante meu desempenho profissional sempre procuro ler sobre religiões, espiritualidade e suas relações com o paciente e tenho refletido, principalmente, em relação a maneira como fazemos uso da espiritualidade na nossa prática profissional. (Betinho de Jesus)

O discurso positivista decorrente do avanço verificado no último século na ciência e tecnologia em geral e no campo da saúde em particular não conseguiu encontrar resposta para a questão milenar que acompanha o ser humano: Qual é o sentido da vida?

Para que essas intervenções sejam consideradas, faz-se necessário incorporar na formação curricular dos profissionais da saúde o estudo científico dos aspectos espirituais e religiosos em sua relação com a saúde física e mental, qualidade de vida e variáveis psicossociais de interesse, instrumentando-os a lidar com essas questões e demandas no atendimento de seus pacientes. Isto proporcionará diminuir as dúvidas e conflitos que existem, inclusive conflitos existenciais dos próprios profissionais pela dissonância entre suas crenças religiosas e o papel que a ciência e a teoria psicológica confere à religião e à espiritualidade, o qual permitirá melhor aproveitamento desse recurso no diagnóstico, tratamento e prevenção de problemas de saúde (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Observo que estamos em busca da integralidade da atenção. Para tal parece urgente a adequação dos currículos das instituições de ensino a estas necessidades emergentes, nas quais estão incluídos todos os aspectos que constituem a integralidade do ser humano, entre eles a espiritualidade.

4.5 Significado da Espiritualidade para a Equipe do PIDI Oncológico

O significado na concepção de Vygotsky é um componente essencial da palavra e é ao mesmo tempo um ato de pensamento, pois o significado de uma palavra já é, em si, uma generalização. São os significados que vão propiciar a mediação simbólica entre o indivíduo e o mundo real, constituindo-se no “filtro” através do qual o indivíduo é capaz de compreender o mundo e agir sobre ele. Como os significados são construídos ao longo da história dos grupos humanos, com base nas relações dos homens com o mundo físico e social em que vivem, eles estão em constante transformação (OLIVEIRA, 2001).

Desta forma antes de apresentar a formulação do significado que emergiu dos dados, apresentarei o processo de construção coletiva que contribuiu de modo a esclarecer a dinâmica das relações intragrupais que conforme Zimerman (1993) e

Minicucci (2002) corresponde ao campo de estudos e pesquisas dos fenômenos de funcionamento dos grupos, às formas de classificação e maneiras de comportamentos coletivos, ao estudo da natureza do grupo, às leis que orientam o seu desenvolvimento e às relações indivíduo-grupo, grupo-grupo e grupo-organizações.

Os resultados das pesquisas na dinâmica de grupo são aplicados no aperfeiçoamento do trabalho dos próprios grupos e na vida dos indivíduos e da sociedade. Esta dinâmica é vista como um instrumento de aprimoramento das relações dos indivíduos, dos grupos e das sociedades humanas, atendendo aos anseios de um trabalho desenvolvido de forma cooperativa e em equipe, fato importante para a contextualização da equipe (MINICUCCI, 2002).

De modo a orientar o leitor, os dados da pesquisa encontram-se apresentados em ordem cronológica da coleta, ou seja, primeiramente, foi solicitado um conceito em duplas, após em quartetos e finalmente um único conceito cujo objetivo sempre foi ter inferência sobre a zona de desenvolvimento potencial dos participantes. Foi aí que percebemos a força das relações interpessoais e pudemos compreender a interferência dos aspectos sociais, pois Vygotsky considera o desenvolvimento da complexidade da estrutura humana como um processo de apropriação pela pessoa da experiência histórica e cultural. Segundo ele, organismo e meio exercem influência recíproca, portanto o biológico e o social não estão dissociados. Nesta perspectiva, a premissa é de que o ser humano constitui-se como tal através de suas interações sociais, portanto é visto como alguém que transforma e é transformado nas relações produzidas em uma determinada cultura (REGO, 2001).

Pelos conceitos a seguir é possível perceber que o significado encontra-se relacionado a um ser transcendente e a uma força maior, ou seja, a espiritualidade é algo que pode ser buscado e que se encontra além da pessoa:

É a noção da existência de um ser transcendental fazendo parte da nossa vida, permeando os nossos sentimentos e desejos com foco incessante de energia em nossos afetos. (Caridade e Betinho de Jesus)

É crer numa força maior, que não se enxerga, apenas se sente e acredita nela. (Gentil e Madalena)

Já a dupla Gentil e Madalena acrescenta a necessidade da fé que se caracteriza pela crença numa força transcendental superior. Não se identifica

necessariamente com Deus, nem se vincula obrigatoriamente com a participação em rituais ou crenças de determinada religião. Essa fé pode identificar tal força como externa à psique humana ou internalizada. É o relacionamento e ligação com essa força que é componente essencial da experiência espiritual, vinculado com o sentido (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

No significado construído por Divina e Philos, eles ressaltam que o ser humano necessita ser visto além da sua constituição biológica. Referem-se a importância de reconhecer cada ser humano como único, respeitando suas individualidades. Incluem a crença numa força (denominada de divina) que não é visualizada, mas é sentida através da fé.

É o reconhecimento que o ser humano possui algo mais que o corpo físico. É ter uma visão global de ser humano, respeitando as individualidades psicológicas, emocionais, físicas e espirituais, crendo numa força divina que não enxergamos mas sentimos pela fé. (Divina e Philos)

Cabe ressaltar que para a dupla Pneuma-Sarx e Marta além da importância da abordagem espiritual, a qual elas denominam de tomada da inconsciência, elas ressaltam que em nossa sociedade ainda temos que lutar pelos princípios do SUS, ou seja, o direito universal à saúde e a busca de cidadania, que as mesmas denominam como tomada de consciência:

A espiritualidade do ponto de vista do profissional que trabalha com cuidados paliativos, parte da abertura para a possibilidade de troca com os pacientes e seus familiares, deixando a tomada de inconsciência assumir parte da relação, juntamente com a consciência, para determinar um cuidado integral, dando conta dos aspectos físicos, emocionais e espirituais. (Pneuma-Sarx e Marta)

Na luta pelos direitos humanos e a cidadania, é frequente a utilização da expressão “tomada de consciência”, referindo-se à apropriação da capacidade de conhecer os direitos e deveres do cidadão, principalmente por parte daqueles que não têm acesso a estes direitos. Esta conscientização sobre estes direitos e o percurso de luta para conquistá-los no jogo político é, de fato, fundamental. Por outro lado, o inconsciente é o modo de apreensão e elaboração das dimensões invisíveis e misteriosas do ser humano na visão da integralidade.

Na construção de uma sociedade solidária, justa e saudável seria então também importante a tomada da inconsciência, no sentido do cultivo na sociedade da capacidade de acolhimento afetivo e espiritual ao outro pelo aprendizado subjetivo da habilidade de lidar com as transformações e perturbações interiores que

este encontro com a subjetividade profunda, de quem é diferente, desencadeia em uma sociedade de massa em que as pessoas estão continuamente se cruzando.

A valorização da tomada da inconsciência, integrada à tomada de consciência, aponta para um imaginário ético que vai além da luta pelo respeito aos direitos formais de todos. Orienta-se por uma ética que inclui também uma situação social de amplo acolhimento de cada cidadão em todas as suas dimensões e, portanto, de extrema abertura ao processo de recriação subjetiva e de novos modos de existência (VASCONCELOS, 2006).

Por sua vez esse mesmo significado de tomada de inconsciência ao ser revisto pelo quarteto já se amplia, mas ao mesmo tempo se torna mais técnico, com ênfase na subjetividade, não se ampliando então para o além da subjetividade, que caracteriza a capacidade de transcendência ou espiritualidade:

A espiritualidade inclui a tomada de inconsciência, considerando o ser humano além do corpo físico, respeitando todos os aspectos que envolvem as relações humanas, tais como sentimentos e desejos, o que determina uma melhor relação entre os usuários, suas famílias e a equipe que atua em cuidados paliativos. (Pneuma –Sarx, Philos, Divina e Betinho de Jesus)

Entretanto, o outro quarteto já conseguiu manter a subjetividade e expressar algo que nos remete automaticamente à espiritualidade, ou seja, “força maior”:

É reconhecer que o ser humano é algo mais que o corpo físico, respeitando as individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, crendo numa força maior, isso confere ao profissional a abertura para a possibilidade de trocas afetivas com pacientes e seus familiares. (Gentil, Caridade, Marta e Madalena)

Ao reunir todo o grupo, percebemos que o significado coletivo de espiritualidade para a equipe do PIDI encontra-se na zona de desenvolvimento potencial do grupo porque o mesmo não teve tempo para apropriar-se e internalizar este conhecimento:

Para nós, profissionais da saúde que atuamos em cuidados paliativos a espiritualidade significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, ter sensibilidade ao relacionar-se, interagir, tocar e ser tocado. A Espiritualidade atua como facilitador nas relações com os usuários, sua família e entre a equipe.

Por outro lado, enquanto significado individual o salto qualitativo é perceptível nas falas e no desenvolvimento potencial que se tornou real. Desta

forma passo a apresentar a proposta de significado de espiritualidade para a equipe do PIDI Oncológico que emergiu do processo investigativo:

A espiritualidade é diferente de religiosidade, pois esta encontra-se relacionada a crenças e dogmas pertencentes a uma determinada religião, enquanto que a espiritualidade é mais abrangente, pois relaciona-se a um processo experiencial no qual a pessoa busca sentido para a sua existência através da transcendência, que se caracteriza pela capacidade de buscar algo que enfatize e traga significado para a sua vida.

Os participantes da equipe do PIDI Oncológico já possuem uma aproximação com a dimensão da espiritualidade aqui entendida como diferente da dimensão da subjetividade, pois esta se relaciona a emoções, sentimentos, ideias e preferências que pertencem a um indivíduo, enquanto que a espiritualidade diz respeito às questões que transcendem a vida cotidiana na busca por sentido e significado para sua existência.

Quando não expressam essa aproximação, acabam por buscá-lo em virtude da demanda exigida pelo cuidado paliativo, pois lidam com pessoas em processo de terminalidade, demonstrando a necessidade de refletir sobre sua existência e buscar explicação para seu sofrimento. Com a aproximação da equipe que presta cuidado domiciliar, estes usuários e suas famílias buscam encontrar suporte para o enfrentamento desta situação em todos os aspectos que envolvem o processo de morte.

Tendo a equipe de trabalho um caráter interdisciplinar, torna-se possível abordar os aspectos que permeiam o cuidado paliativo, pois a complexidade humana torna-se visível durante o processo de terminalidade e a equipe somente consegue ter sucesso pela complementaridade que se caracteriza este modelo assistencial.

Durante as discussões do grupo foi bastante enfatizado o reconhecimento por parte dos profissionais das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, pois a partir deste diagnóstico global é possível traçar um plano de cuidados que possa satisfazer tais necessidades, assegurando conforto e dignidade para o paciente e sua família.

Outro fator significativo durante as discussões sobre a espiritualidade foi o reconhecimento pelos participantes da existência de um “ser superior”, por outros

denominado como “força maior” e ainda por outros como “força divina ou transcendente”.

Ainda surgiu a idéia da espiritualidade como um componente harmonizador das relações entre usuários e profissionais da saúde e entre os próprios profissionais, pois o convívio com pessoas em processo de terminalidade leva inclusive os profissionais a refletirem sobre seu modo de viver e a encontrarem na espiritualidade explicações para o sentido de sua vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso processo de trabalho na saúde conquistamos vários avanços que emergiram após a implantação do SUS, tais como o reconhecimento do direito à saúde, a ampliação do conceito de saúde considerando os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais, a implantação da política nacional de humanização, como política de inclusão de todos os sujeitos, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores, na construção da saúde individual e coletiva e a educação permanente em saúde que ressalta a necessidade de desenvolvermos habilidades de acordo com a realidade imposta no cotidiano de trabalho, além de considerar o local de trabalho como espaço de discussão e apropriação de novos conhecimentos.

No processo de trabalho interdisciplinar dependemos de uma série de instrumentos operacionais. Quando este trabalho refere-se a uma equipe que atua em cuidados paliativos, todos os aspectos do cuidado precisam ser considerados. Observamos que o atendimento das necessidades biológicas, psicológicas e sociais não dá conta da complexidade que se caracteriza a assistência integral requerida pelo paciente e sua família. É preciso cuidar do ser humano na sua integralidade e isto implica também cuidar daquilo que não é visível e palpável. A busca e o estudo da espiritualidade entre profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral.

Ressaltamos que durante as discussões proporcionadas pela realização deste estudo emergiram vários aspectos que foram amplamente debatidos desde a construção do significado de espiritualidade no âmbito individual, nas quais cada participante colocou em discussão o seu conhecimento real, dando início ao debate sobre o tema, fato que possibilitou aos participantes uma melhor informação sobre as ideias dos colegas a respeito do assunto. Sendo discutida e identificada a diferença entre espiritualidade e religiosidade.

Esta pesquisa também evidenciou que durante a construção do significado de espiritualidade, foi possível integrar o conhecimento individual de cada participante e buscar a ampliação através das ferramentas de mediação entre elas e

a leitura de publicações sobre o tema. Estes referenciais teóricos oferecidos aos participantes possibilitaram o desenvolvimento potencial que após a leitura pessoal, pela socialização e a discussão do tema no grupo se tornou uma zona de desenvolvimento real.

Também foi debatido e refletido a respeito da relação entre cuidados paliativos, morte e espiritualidade, considerando-se que a prática de tais cuidados exige ações interdisciplinares que tenham cumplicidade, com vistas a atender aos vários sinais e sintomas que provêm das dimensões física, social, psicológica e espiritual, partindo-se do reconhecimento dos sintomas até a administração e alívio dos mesmos através das ações da equipe, em sintonia com o paciente e sua família.

Nos caminhos traçados durante a construção deste estudo, nos deparamos com a complexidade que se caracteriza o cuidado humanizado e integral, sendo que a inclusão da espiritualidade nas discussões demonstra que esta equipe mostra-se disposta a compreender e integrar a espiritualidade em seu processo de trabalho.

Frente a isso, nas discussões da equipe constatamos que poucos profissionais haviam recebido orientação em relação ao cuidado das necessidades espirituais durante o processo de formação. Porém, o contato com os usuários em processo de terminalidade fez aflorar a necessidade do desenvolvimento de competências para abordar tal assunto tanto com o paciente como com a sua família. Fica, então, como alerta às instituições formadoras quanto a necessidade sentida e verbalizada por estes profissionais da inclusão do estudo da espiritualidade durante o processo de formação profissional.

Em resposta aos pressupostos deste estudo fica evidenciado que o entendimento do significado de espiritualidade para a equipe favorece a relação com os pacientes em cuidados paliativos, que a espiritualidade possui o potencial integrador e atua como harmonizador das relações e que a construção do significado de espiritualidade foi elaborado a partir da produção de signos e sentidos o qual foi resultado de uma ação coletiva.

Entre as discussões do grupo, surgiu pela maioria dos participantes que o convívio com pessoas em fase de cuidados paliativos leva os profissionais a reconhecer tal vivência como uma oportunidade de aprendizagem, considerando que estes pacientes requerem a aproximação dos profissionais, demonstrando interesse genuíno. E essa interação que muitas vezes vai além de nossas ações

consideradas profissionais, nos faz reconhecer a necessidade que temos de despertar para a espiritualidade.

Ressaltamos que durante o desenvolvimento da pesquisa o grupo de trabalho ficou fortalecido pela troca de experiências e teve a oportunidade de discutir sobre as várias facetas do cuidado paliativo. Esperamos que este estudo estimule a equipe em foco a continuar buscando respostas às várias lacunas que emergem no cotidiano de trabalho em saúde e também seja referência à formação de equipes, pois entendemos que além do que foi descrito a espiritualidade é um componente harmonizador das relações no processo de trabalho.

Tivemos como construção coletiva os seguintes resultados:

Espiritualidade e religiosidade são diferentes, pois esta encontra-se relacionada à crenças e dogmas pertencentes a uma determinada religião, enquanto que aquela é mais abrangente e possui relação com um processo experiencial, com o objetivo de buscar sentido para a vida através da transcendência que se caracteriza pela capacidade de buscar algo que enfatize e traga significado para a sua vida.

A dimensão da espiritualidade também é entendida como diferente da dimensão da subjetividade, pois esta relaciona-se a emoções, sentimentos, ideias e preferências que pertencem a uma pessoa, enquanto que aquela diz respeito às questões que transcendem a vida cotidiana na busca por sentido e significado para o processo de viver e morrer, emergindo sentimentos genuínos, como compaixão, solidariedade e amor incondicional.

Esperamos que este estudo, o qual partiu de uma profissional da enfermagem, contribua para o desenvolvimento de competências, com os colegas de profissão no que tange habilidades, conhecimentos e atitudes, para a abordagem dos aspectos que ultrapassem as necessidades físicas, sociais e psicológicas, assim como para as equipes interdisciplinares que desenvolvem suas ações na perspectiva da clínica ampliada e, portanto, possuem como característica a busca contínua de conhecimentos para o atendimento de todos os aspectos demandados pelos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABU-SAAD, H. H.; COURTENS, A. Developments in palliative care. In: _____. **Evidence-based palliative care: across the life span.** Oxford: Blackwell Science, 2001. p.5-13.

ARAGÃO, M. G. S. Outros olhares sobre a motricidade humana. **Revista Pesquisa em Saúde**, Belém, v.4, p.75-79, 2005.

ARAÚJO, C. O. Fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n.38, mar/abr, 2005.

ARAÚJO, M. M. T. ; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo**, v.41, n.4, dez. 2007.

ARRIEIRA, I. C. O. et al. A espiritualidade no processo de trabalho da enfermagem. In: THOFEHRN, M. B. et al.(Orgs.) **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde.** Pelotas: Ed. da UFPel, 2009.

AYOU, A.C. et al. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica.** São Paulo, 2000.

BARBOSA, M. M. ; OKAY, M. T. V. Medicina paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer. **Dor**, p.61-8, 2001.

BAUTISTA, M. Cuidados espirituales em los cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, v.27, n.1, jan/mar 2003.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.99-104, 2005.

BERVIAN, P. A; CERVO, A. L. **Metodologia Científica.** 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

BETTEGA, R. T. C. et al. Desarrollo de la medicina paliativa en Latinoamérica. In: SANCHO, M. G. et al. **Medicina paliativa en la cultura latina.** Madri (Espanha): ARÁN, 1999. p.317-356.

BOFF, L. **Experimentar Deus.** Campinas: Verus, 2002.

BOULAY, S. **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders.** 4.ed. Norfolk: RMEP, 1996. 30p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças crônicas**. Disponível em: <http://www.bvms.saude.gov.br> Acesso em: 14 mar 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** : sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília, 2006.

_____. _____. _____. _____. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. – Brasília, 2007.

_____. _____. _____. _____. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, 2004.

BRYSON, KA. Spirituality, meaning, and transcendent. **Palliative and supportive care**, v.2, p.323, 2004.

BROMBERG, M. H. P. **A psicoterapia em situação de perdas e luto**. Campinas (SP): Bromberg Livro Pleno, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, jan/fev, 2007.

CAPONERO, R. Muito além da cura de uma doença, profissionais lutam para humanizar o sofrimento humano. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n.21, p.29-34, maio/jun, 2002.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, p.151-157, mar/abr, 2005.

COWAN, B. **Pioneers of hospice: changing the face of dying**. Disponível em: www.pioneersofhospice.org/bios.html. Acesso em: 9 ago 2007.

FERREL, B. R.; COYLE, N. An overview of palliative nursing care. **AJN**, v.102, n.5, p.26-32, 2002.

FONTOURA, R. T. ; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.4, 2006.

FRANÇA, M. D. ; BOTOMÉ, S. P. É possível uma educação para morte? **Psicol. estud.**, Maringá, v.10, n.3, sept/dec, 2005.

GALINDO, M. B. ; GOLDENBERG, P. Interdisciplinaridade na Graduação em Enfermagem: um processo em construção. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.1, jan/fev, 2008.

GEORGE, L. K. et al. Spirituality and health : what we know, what we need to know. **J Soc Clin Psychol**, v.19, n.1, p.102-116, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**: castellanos. São Paulo: EPU, 1979.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2002. v.2

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.3, 2008.

JÚNIOR, A. G. C; MAHFOUD, M. As Dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. **Psicol. USP**, São Paulo, v.12, n.2, 2001.

KOENIG, H. **Handbook of religion and health**: a century of research reviewed. Oxford: University Press, 2001.

KOVÁKS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. **Educação para a morte**: desafio na formação dos profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo ; Fapesp, 2003. 175p.

KUBLER-ROOS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8.ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2000.

LAMPREIA, C. Linguagem e atividade no desenvolvimento cognitivo: algumas reflexões sobre as contribuições de Vygotsky e Leontiev. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.12, n.1, p.225-240, 1999.

LATAILLE, Y. et al. **Piaget, Vygotsky, Wallon**: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.

LAWLER, K. A.; YOUNGER, J. W. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. **J Relig Health**, v.41, n.4, p.347-362, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2.ed. rev. ampl. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

_____. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: _____. **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p.49a

_____. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed. da UFPEL, 2000. (Série Teses em Enfermagem)

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007. 62p.

MACHADO, W. C. A. ; FIGUEIREDO, N. M. A. Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência de quase-morte. **Rev Enferm UERJ**, v.10, n.3, p.159-164, 2002.

MACCORD, G. ; GILCHIRIST, V. J. ; GROSSMAN, S. D. et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **Ann Fam Med**, v.2, n.4, p.356-61, 2004.

MATTOS, R. A. ; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

_____. ; _____. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO, 2004.

MENDES, I. A. C. et al. The re-humanization of the executive nurse's job: a focus on the spiritual dimension. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, may/june, 2002.

MENEZES, R. A. Tecnologia e "morte natural": o morrer na contemporaneidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, jul/dez, 2003.

_____. **Em busca da boa morte**. Rio de Janeiro, Garamond, 2004.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento**. 9.ed. ampl. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINICUCCI, A.. **Dinâmica de grupo: teorias e sistemas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MOTTA, L. B. da ; AGUIAR, A. C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar/abr, 2007.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez; Ribeirão Preto: ABEn-CEPEEn, 1989.

OKON, T.R. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. **J Palliat Med.**, v.8, n.2, p.392-414, 2005.

OLIVEIRA, M. K. **VYGOTSKY**: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico. 4.ed. São Paulo: Scipione, 2001.

PAIS-RIBEIRO, J. L. ; POMBEIRO, T. Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 5. **Actas ...**Lisboa: ISPA; 2004. p.757-769.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.34, supl 1, 2007.

_____. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.34, supl 1, 2007.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASEL, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.34, supl 1, p.136-145, 2007.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.34, supl 1, 2007.

PESSINI, L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In: Carvalho Filho, E. T. ; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p.755-762.

_____. ; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos : ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.29, n.4, out/dez, 2005.

PINTO, C. ; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. **Arquivos de Medicina**, v.21, n.2, p.47-53, 2007.

PIERANTONI, C. R. ; VARELLA, T. C. ; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. (Org.) et al. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.51-70.

PROPST, L.R. et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal of consulting and clinical psychology**, v.60, n.1, p.94-103, 1992.

REGO, T. C. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 12.ed. São Paulo: Vozes, 2001.

ROCHA, S. M. M. ; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, dez 2000.

- ROLNIK, S. Cidadania e alteridade. In: _____. **A sombra das cidades**. São Paulo: Escuta, 1992.
- SAAD, M.; MASSIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v.8, n.3, p.107-112, 2001.
- SALGADO, A. P. A. ; ROCHA, R. M. ; CONTI, C. C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Rev Enferm UERJ**, v.15, n.2, p.223-228, 2007.
- SANCHO, M. G. Morir con Dignidad. **Prática Hospitalar**, 2000.
- SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, Botucatu, v.9, n.18, set/dez 2005.
- SAUNDERS, C. Foreword. In: Doyle, D. Et al. **Oxford textbook of palliative medicine**. 3.ed. Oxford : University Press; 2005. p.20.
- SAVOLDI, N. A. ; et al. Em busca do bem-estar e do modo de ser do trabalhador saudável. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.7, n.3, p.413-423, 2003.
- SILVA, A. L. da. Morte e renascimento : foco essencial do cuidado transdimensional. **Texto e Contexto enferm.**, v.10, n.3, p.11-24, set/dez 2001.
- SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- SILVA, RR. Espiritualidade e religião no trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional. **Psicol. cienc. prof.**, v.28, n.4, p.768-779, 2008 .
- SIQUEIRA, D. O labirinto religioso ocidental. Da religião a espiritualidade. Do institucional ao não convencional. **Soc. estado.**, Brasília, v.23, n.2, 2008.
- SOUZA, L. G. A. ; BOEMER, M. R. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p.49-54, 2005.
- STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.2, p.293-298, jul/dez, 2002.
- TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F.; Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, jul/ago, 2008.
- TEIXEIRA, M. A. et al. Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico – STO. **Rev. Bras. Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.65-87, abr/jun, 1993.
- THOFEHRN, M. B. **Vínculos profissionais** : uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

_____. ; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.15, n.3, jul/set, 2006.

_____. et al. **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde e enfermagem.** Pelotas : Ed. da UFPel, 2009.

THOMAS, L. V. **Les chairs de la mort.** Paris (FR): Sanofi-Sinthélabo, 2000.

TWYCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. **Acta Bioethica**, v.6, n.1, p.27-46, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **A espiritualidade na educação popular.** São Paulo: HUCITEC, 2006.

VIANA, A. C. A. ; CROSSETTI, M. G. O. Movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria do cuidado transpessoal de Watson. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.25, n.1, p.56-69, 2004.

VYGOTSKY, L.; LEONTIEV ; LÚRIA. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem.** São Paulo: Icone, 1988.

_____. **A formação social da mente.** 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **A construção do pensamento e da linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Contexto, contribuições à psicologia e o conceito de zona de desenvolvimento proximal.** Itajaí: Ed. Univali, 2001.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

WACHOLTZ, A. B. ; KEEFE, F. J. What physicians should know about spirituality and chronic pain. **South Med J.**, v.99, n.10, p.1174-1175, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief an palliative care report.** Geneva: WHO, 1990.

WRIGHT, M. et al. **Mapping level of palliative care development: a global view.** 2006. Disponível em:
www.nho.org/files/public/palliativecare/world_map_report_final-0107.pdf.
Acesso em: 3 ago 2007.

APÊNDICES

Apêndice – A
Carta a responsável pelo PIDI Oncológico

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Mestrado em Enfermagem
Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehr
Orientanda: Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Pelotas, __ de _____ de 2008.

Sra. Julieta Carriconde Fripp

Prezada Senhora

Na condição de mestranda da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel, venho por meio desta solicitar a V. S^a a autorização para desenvolver uma pesquisa, a qual tem por objetivo, desvelar o significado de espiritualidade para a equipe interdisciplinar que atende o ser humano portador de câncer em cuidados paliativos, visando a elaboração de uma dissertação, a qual é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Para a presente pesquisa, serão sujeitos do estudo os integrantes da equipe do PIDI Oncológico, dispostos a participar desta pesquisa, após a apresentação do Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, terei presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enfatizando os artigos 89, 90 e 91 e a resolução 196/1996 do CNS, o qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma, contamos com seu apoio, agradecendo desde já pela oportunidade e colocamo-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira
Orientanda

Dra. Maira Buss Thofehr
Orientadora

Apêndice – B**Carta de encaminhamento do Projeto ao Comitê de ética em Pesquisa**

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Mestrado em Enfermagem
Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehr
Orientanda: Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Pelotas, __ de _____ de 2008.

Ilma Sr.(a)

Coord. Comissão de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

Prezado Senhor (a),

Através desta, gostaríamos da apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa em relação ao Projeto de Pesquisa intitulado **O Significado da Espiritualidade para uma Equipe Interdisciplinar que atua em Cuidados Paliativos**, de autoria da mestrandia em enfermagem Isabel Cristina de Oliveira Arrieira, da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Dra. Maira Buss Thofehr.
Aguardamos o parecer e nos colocamos a disposição.

Atenciosamente,

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira
Orientanda

Dra. Maira Buss Thofehr
Orientadora

Apêndice – C
Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisa: O Significado da Espiritualidade para uma Equipe Interdisciplinar
que atua em Cuidados Paliativos**

Autores:

Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehr

Mestranda: Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Tel: (53) 81351920

Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos pacientes portadores de câncer em cuidados paliativos.

Os objetivos da pesquisa são: desvelar o significado de espiritualidade para a equipe interdisciplinar que atende o ser humano portador de câncer em cuidados paliativos; promover discussão do tema espiritualidade entre os integrantes da equipe e estimular a construção coletiva do significado de espiritualidade para esta equipe.

Para isto serão realizados no mínimo três encontros com a equipe do PIDI Oncológico através da técnica de grupo focal.

Sendo assim, solicitamos sua colaboração no sentido de participar do grupo focal. As informações e opiniões serão compiladas juntamente com a dos outros participantes e os resultados obtidos serão colocados à disposição dos participantes em horários pré-agendados. Sendo que a coleta de dados não acarretará em riscos, pois não prevê procedimentos invasivos, ou de ordem moral.

A coleta de dados será realizada pela mestranda e enfermeira do PIDI Oncológico Isabel Cristina de Oliveira Arrieira que realizará o papel de coordenador-moderador, juntamente com uma acadêmica de enfermagem do nono semestre que desempenhará o papel de relatora, sob a orientação da Professora Dra. Maira Buss Thofehr, em períodos previamente acordados entre os sujeitos e a pesquisadora.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado: da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa; de que o trabalho será publicado em âmbito científico e que serão respeitados os preceitos éticos, sigilo e anonimato; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu aceito participar da pesquisa a qual se intitula **O Significado da Espiritualidade para uma Equipe Interdisciplinar que atua em Cuidados Paliativos**, emitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão mantidas em absoluto sigilo.

Pelotas, ___ de _____ de 2008.

Participante da Pesquisa

Pesquisador

Apêndice – D

Relatório de Campo

RELATÓRIO DO 1º ENCONTRO DA EQUIPE DO PIDI COM A TÉCNICA DE GRUPO FOCAL

Primeiro Encontro 19/02/2009 10h55min.

No primeiro momento a pesquisadora fez uma breve apresentação do projeto de pesquisa, relatando o tema, objetivo do estudo e a questão problema. Agradeceu a presença dos componentes da equipe do PIDI (sujeitos do estudo), leu o documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitou aos participantes a assinatura do mesmo. Solicitou aos participantes que fossem pensando um nome fictício para serem identificados, de preferência relacionado à sua espiritualidade, crença ou religiosidade.

Foi realizada técnica do papel, a qual consiste na distribuição de papel em branco para que os participantes possam utilizar este recurso, para anotarem as idéias que surjam durante a discussão, ou durante as explanações dos colegas, para que não se perca a idéia. Estas anotações posteriormente foram expostas ao grupo para fomentar as discussões.

Para o segundo encontro a pesquisadora solicitou aos participantes que trouxessem alguma literatura sobre espiritualidade.

Pesquisadora: O que significa espiritualidade?

Betinho de Jesus: O entendimento da pessoa como um todo, multidimensional, além do corpo físico, enxergar o psicológico e o emocional.

Marta: É algo simples, espiritualidade é como você se coloca no mundo, como você se relaciona no ambiente de trabalho, na família. E que, não necessariamente, a pessoa utiliza a religião para desenvolver a espiritualidade.

Caridade: É a noção de que o ser humano possui algo maior do que o visível do que o físico.

Marta: Por que você mudou de tom de voz? É a mãe..., risos

Madalena: Eu resumiria em acreditar naquilo que você não vê.

Pesquisadora: qual a expectativa do grupo?

Marta: uma experiência muito importante, principalmente, para a nossa saúde. É algo negado na saúde mental, inclusive em pacientes com surtos, delírios místicos, em que é bom tratar do assunto. Até, porque o PIDI trata da fé, espiritualidade, não só para os pacientes, mas também para quem trabalha e lida com isso. Até porque é um assunto que a ciência ultimamente tá precisando tratar disso.

Caridade: existem universidades reconhecendo que há a necessidade de tratar este lado espiritual.

Betinho de Jesus: concorda, inclusive acrescentando a física quântica. Pois é importante, a troca de experiência, a visão de cada pessoa, respeitando inclusive a religião, é ter uma visão global, respeitando as individualidades.

Pneuma-Sarx chegou.

Caridade: é uma oportunidade de aprendizagem, como no grupo há diversas crenças, sem interferir uma nas dos outros.

Madalena: vai ser um grupo muito rico para se conhecer o papel que se exerce o que precisamos para continuar e melhorar. Serve para crescer, no dia a dia com o colega.

Pneuma-Sarx: se o profissional faz espiritualidade com o paciente?

Marta: No CAPS não tem necessidade de falar de Deus, e no PIDI eu sinto essa necessidade.

Caridade: os pacientes falam que receberam a visita de espíritos da família e nós precisamos entender isso.

Pneuma-Sarx: Existe a síndrome de burnout.

Marta: eu tive essa síndrome.

Pneuma-Sarx: em função do contato com o paciente?

Marta: pelo fato de lidar com a morte diariamente.

Pneuma-Sarx: formei-me em 1994 e fiz mais dois anos de residência, em 1997 comecei trabalhar na UTI. Na graduação não se toca nesse assunto, nem em psiquiatria. Manejando os paciente em UTI, é quando os técnicos falam das necessidades espirituais dos pacientes. Na UTI o paciente é sedado, no PIDI tu não consegues dar atenção à dor sem dar atenção a espiritualidade. Mesmo não indo nas casas dos pacientes, nas discussões de casos clínicos, se percebe isso na equipe, mesmo não sendo palpável. Tem a mesma importância que o resto do manejo. É importante a equipe apresentar essa demanda. É o round interno da equipe.

Pesquisadora: o material entregue hoje será para o terceiro encontro. Para o próximo encontro cada um escolhe o material sobre o tema e traz para a socialização das informações no grupo.

Madalena: alguém pode se aconselhar dentro desse grupo sobre esse assunto?

Pesquisadora: também é para isso o grupo.

Técnica do papel:

Marta: Espiritualidade é a forma como nos colocamos no mundo, como nos relacionamos nos vários setores de nossa vida.

Gentil: é crer numa força maior, algo que tu não enxerga, apenas sente e tem fé naquilo.

Acho que o assunto é importante porque não é discutido aqui, não sei se vai surtir algum efeito na equipe, para mim é importante desvendar este assunto.

Divina: para mim espiritualidade é que todos nós somos formados de carne e espírito e a pessoa que não tem espiritualidade não consegue viver plenamente, falo em espiritualidade como força divina.

Eu acho que é importante discutir esse assunto aqui no PIDI para entendermos o pensamento de cada colega.

Fim do Encontro: confraternização do grupo

RELATÓRIO DO 2º ENCONTRO DA EQUIPE DO PIDI COM A TÉCNICA DE GRUPO FOCAL

Segundo Encontro 26/02/2009 10h45min.

Validação do 1º Grupo Focal

Pesquisadora: faz a exposição do material coletado no 1º grupo focal e solicita a validação destes pelo grupo que escutam atentamente, e a seguir validam os dados.

A pesquisadora inicia o 2º encontro com a pergunta: O que é espiritualidade?

Philos responde, com semblante surpreso: Segundo a questão só vou dizer bah.

Começando pela segunda questão. Olhando o ser humano por sua totalidade essa matéria é dividida pelas pessoas. Segundo os teólogos, o ser humano é energia que não se acaba. Ou temos espiritualidade ou estamos em busca para dar sentido para onde vou. Estamos com o propósito de estar aqui. O ser humano não é visto somente como matéria. É matéria e não matéria. A espiritualidade é diferente da

religiosidade. Ou se tem, ou se busca. As perguntas Quem sou, Para onde vou? têm a ver com isso...

Pneuma-Sarx complementa, exemplificando: Os ateus não têm apego a matéria, aceitam melhor a morte. Aquele que não tem espiritualidade não consegue falar de morte, o ateu acredita só na matéria, portanto quando morre acaba tudo. O ser morre tranqüilo. O religioso também porque acredita que vai para o céu. O vacilão que não é ateu nem religioso, sofre para morrer. No PIDI encontraremos esse tipo de paciente, a família não consegue falar sobre isso. Tenho dúvida se o ateu morre mesmo tranqüilo?

Philos: Ateus não têm estresse, “to bem resolvido porque não tem nada depois”. Na minha experiência, algumas vezes, ocorre diante da morte, essa busca de sentido. Como a família ficará sem mim?

Caridade comenta: O Neguinho da Beija Flor não costumava exercitar sua espiritualidade, mas com a doença passou a pensar nisso e agradece as orações das pessoas. Um paciente disse que não tinha tempo para isso antes da doença, ou seja, pensar na espiritualidade.

Pesquisadora, Pneuma-Sarx, Marta e Madalena: concordam.

Philos referencia-se a pesquisadora: Graças ao teu trabalho, estamos discutindo isso, tratar do que a gente não vê. Espiritualidade envolve a família, o grupo, não só no sentido espiritual. Que coisa boa que nesse mundo louco o grupo está tendo tempo para discutir isso. Que coisa boa parar para discutir isso.

Marta: Em pleno carnaval, festa pagã, eu abri a Bíblia e escolhi meu apelido. Encontrei numa passagem do Evangelho de Lucas, sobre Marta e Maria. Neste momento, lê a passagem. Meu apelido será Marta... espero que me torne mais subjetiva! Há muito tempo que não pegava a Bíblia. Em pleno carnaval, festa pagã eu abri a bíblia. Para achar meu nome fictício. . Encontrei numa passagem do Evangelho de Lucas, sobre Marta e Maria. Jesus em viagem hospedou-se em uma casa, na qual Marta trabalhava e questionava porque Maria não ajudava. Jesus disse que ela estava aproveitando a melhor parte. Então, como sou muitas das vezes, Marta, escolho esse nome e espero que me torne mais subjetiva.

Pneuma-Sarx lê trechos de um artigo sobre Cuidados Paliativos, uma revisão de literatura. Integração espiritualidade e religiosidade. No manejo da dor e cuidados paliativos, já faz parte da assistência em saúde. As pessoas em geral não pensam nisso e quando chega o fim. No cuidado paliativo faz parte avaliar o ser humano

como um todo incluindo espiritualidade. Indaga-se: Será que cumpri meu papel? Aqui no PIDI temos essa dimensão física, espiritual... . O PIDI aborda essa questão. A religião às vezes atrapalha mais do que ajuda, com coisas negativas, dando a sensação de abandono.

Philos relata intervenção religiosa com uma pessoa conhecida: Que coisa horrível morrer e descobrir-se sem fé! Uma vez uma paciente disse que coisa triste morrer e saber que no final não tem fé. Pois havia sido pregado a ela por um religioso que se tivesse fé seria curada.

Pneuma-Sarx fala da relação médico-paciente, separada por uma mesa no meio. Cita as escalas de avaliação interdisciplinar. Sofrimento é uma experiência humana, só os humanos sofrem. As pessoas querem falar de espiritualidade, mas o cara tá cheio de dor... Fala da importância da equipe, enxergar o outro como um todo. Em relação ao médico que não gosta de abordar isso, até por que não vê na graduação. Há questões para o médico abordar, tais como: a fé é importante para você? Já foi? Você tem alguém para conversar sobre isso? Gostaria de conversar sobre isso? Pois gosto de trabalhar com conceitos. Escalas de avaliação da dor, náuseas. Escala de espiritualidade.

Pesquisadora: a das escalas. Sabia que ela ia concretizar a espiritualidade!

Philos: Se tenta falar em espiritualidade... se pensa em tratar as emoções, mas a espiritualidade acaba sendo renegada. A igreja mesmo criou uma imagem negativa, até por preconceito. Gostei muito da parte de que você leu de olhar a pessoa como um todo, integrar a espiritualidade nesse todo. PIDI faz isso. O profissional de psicologia integrado com a psique (alma), pensando tratar as emoções, mas a espiritualidade é negada. Objetiva as emoções e subjetiva a espiritualidade. A Igreja negava certas coisas, e assim as pessoas negativavam

Pergunta a que horas termina o encontro, pois precisa sair às 11h30.

Divina lê um resumo que trata de espiritualidade e bioética. Cita Gênesis cap. 1 vers. 7, inscrito no artigo.

Madalena fala baixinho a Marta, com a Bíblia nas mãos: lê aí, lê aí...

Pneuma-Sarx: Agora até me inspirei! Meu apelido é Pneumo-Sarx, referindo-se a pneuma (= grego espírito) e sarx (= grego carne). Sofrimento é subjetivo não é identificado não pode ser avaliado sem o relato, paciente com dor intensa não consegue refletir.

Outra participante: eu sou Divina. Comenta o artigo que leu que se refere a compreensão da espiritualidade e bioética. Numa pluralidade de conceitos, fala de espírito como um sopro, e o espírito de Deus e o santo (personalização de Deus).

Outro participante: o meu é Gentil.

Marta: eu lia muito esse livro na graduação, referindo-se a A Voz do Arco Íris, de L. Boff. Ele fala das pastorais da igreja, cidadania, direitos humano ,trata violência, gêneros, resgate da mística e subjetividade. Trabalho de leigos, religiosos, com cidadania e direitos humanos, tem que trabalhar com espiritualidade, que está presente no meio do povo, do meio popular. É um reflexo profundo de sentido da vida. Indaga-se: As pessoas que trabalham com isso se cansam de falar da espiritualidade. Quando perguntam aos pobres (referindo-se aos mais carentes) como está a situação, dizem tudo bem! De onde vem essa força toda? Fala dos pacientes do PIDI. Uma paciente que não posso esquecer minha chará, sempre dizia que estava tudo bem com um sorriso no rosto mesmo não estando, isso pra mim é espiritualidade. O marido disse que se fosse ela já estaria num caixão.

Caridade cita uma reportagem sobre experiências como saída do corpo físico ou experiências de Quase Morte, li uma reportagem que relatava a experiência de quase morte – Super Interessante. Descreve que pacientes que possuíam crenças diferentes relataram sensações iguais. Uma pesquisa do doutor Raymond, com 150 pacientes, dados como mortos, narraram o que viram e sentiram, como fora do corpo físico, reconhecendo-o, em um túnel fazer uma passagem. Descrevem ainda ver, sorrindo pessoas a sua volta, parentes, amigos, que já haviam morrido. Um filme tridimensional passa desde o nascimento. A ciência tentou explicar, por influencia de drogas e medicamentos, mas não estavam submetidos por ser acidentados. Alucinação, não por serem pessoas sadias. Anóxia cerebral, não por não haver injúria física, posteriormente, nem cerebral. Preconceito religioso, área tabu sagrado, vida após a morte. Preconceito científico: médicos dizem não ser algo científico. Os pacientes do PIDI sempre estão relatando isso e coincide com a reportagem.

Quem freqüenta centros, relata isso. Há vida após a vida. Fala dos preconceitos da ciência e que alguns pacientes do PIDI apresentam experiências semelhantes. É intrigante isso!

Pneum-Sarx: a ciência tenta explicar isso durante a parada cardíaca, como uma memória antiga ser ativada durante a ressuscitação. Isso acontece em várias situações.

Gentil: Eu como não acompanho os pacientes nas visitas, peguei algo diferente. Cita um artigo sobre organização empresarial, cujos donos preocupam-se com o lado financeiro e esquecem-se da espiritualidade. Trabalhadores espiritualizados desenvolvem-se com mais produtividade. Se o empresário tem espiritualidade os empregados sentem-se valorizados gerando lucro, no entanto, se há busca excessiva do lucro, o empregado sente pressão pessoal. Pois a espiritualidade é tratada com a essência do homem, como pensa e age.

Pesquisadora complementa: Valoriza o que já existe!

Pneuma-Sarx: Não é linha de montagem... é importante por isso a ginástica laboral, ser humano não é uma máquina, assim o sujeito se sente melhor.

Madalena cita reportagem de uma paciente oncológica cuidada em casa. Pacientes com essa opção compartilham momentos em família. Serenidade até o fim. Maneiras mais humanas. Pacientes relatam a necessidade da boa morte, escolhem trocar mais alguns dias em UTI, pela morte em casa com momentos mais calorosos. Vivendo o momento, a pessoa já busca a espiritualidade.

Philos cita o Sermão do Amanhã, onde Jesus diz: Não te preocupa com o amanhã... o amanhã traz suas preocupações.

Pneuma-Sarx pergunta: Mas quem não pensa no futuro? É muito discutível... Seres saudáveis, devem pensar no futuro dos filhos.

Madalena traz uma entrevista feita a Madre Teresa de Calcutá em que foi perguntado qual o dia mais importante para ela: e sua resposta foi o dia de hoje.

Philos: o dia de hoje: presente. Ele distribui uma mensagem para todos. Espiritualidade o ser humano busca fora o que não tem dentro e se externa nas suas ações. O PIDI procura fazer isso, com carinho, amor e compreensão. Acho que o PIDI é pra isso!

Marta: reporta-se a viver só por hoje. Como nos AAs.

Madalena: Ao fim disso aqui (se refere à pesquisadora) vai mudar muita coisa!

Agendado próximo encontro para dia 12/03/2009

Confraternização

RELATÓRIO 3º ENCONTRO GRUPO FOCAL PIDI

Terceiro Encontro 12/03/2009 10h45min.

Grupo Focal

A pesquisadora após recepcionar os participantes realiza a validação 2º encontro através da leitura dos dados coletados no encontro anterior aos participantes.

A pesquisadora expõe ao grupo o desafio de construção do significado de espiritualidade para a equipe do PIDI, a partir dos conceitos individuais até a construção coletiva tendo como subsídios a leitura de artigos científicos.

Questiona os participantes sobre o que entenderam após a leitura do artigo A Espiritualidade na Educação Popular em Saúde de autoria do Dr. Eymard Mourão Vasconcelos.

Caridade: a espiritualidade vem aparecendo cada vez mais. Achei o texto enredado, cheio de enfeites... achei que fosse coisa tua (se referindo à pesquisadora). Concordo que as pessoas necessitam cada vez mais da Espiritualidade. Acho que tem que discutir aqui. A espiritualidade antes não se falava na área da saúde .

Madalena: este artigo mexe com todo mundo, choca muito (profissional, doente e equipe). Tudo o que se faz ou se pretende fazer está no texto. Lê um trecho do artigo: tem que se aproximar do paciente não como conselheiro, mas como aprendiz. Achei fora de série!

Marta: questiona o termo tomada de inconsciência. Refere-se a subjetividade como as emoções, a alma. Mesmo os ateus tem espiritualidade. Conheço ateus com mais espiritualidade do que pessoas que vão a igreja. Muitas vezes, falar de espiritualidade no trabalho é feio, voltando para o início do texto, todo mundo tem espiritualidade inclusive o ateu, até mais, dos que os freqüentadores de igreja, desde que nascem aprendem na família. Na vida acadêmica agente aprende que isso, de rezar, que isso é feio e se esquece. A espiritualidade é deixada em casa, não se fala no trabalho. No PIDI agente faz. Ainda mais com o teu trabalho .

Pneuma-Sarx: no texto, fala de espiritualidade enquanto promotora de saúde. Porém, não se fala disso nas UBS. Terapias complementares estão vindo de cima pra baixo, não se preocupam com a cultura do povo. Prevenção e Promoção. Não se tem falado de forma concreta de espiritualidade nos cursos. O NASF está vindo de cima pra baixo, vai cair por terra, é caro, profissional, área física, sem levar em conta as necessidades da comunidade.

Marta: fala de experiências de benzedeiras, veiculada pela TV. Uma médica e viu que não ia gente no posto de saúde por causa dos curandeiros e ela então trouxe os curandeiros para o posto.

Pneuma-Sarx fala da tomada de consciência e inconsciência de forma integrada. Misturando as duas coisas tu consegue.

Caridade relata que em cidades pequenas as pessoas parecem mais espiritualizadas. e até porque já se colocava em prática o que já existe na equipe. Na saúde a espiritualidade é mais necessário por estar conectado com os processos inconscientes, do existir, do trabalho humano na saúde, no interior do humano, se aproximar do paciente, como conselheiro e aprendiz. A espiritualidade auxilia nos desamparos do profissional, perturbações, reflexões que às vezes, são necessárias para elaboração, pois ajuda a pessoa a não se fechar, diante das situações. Falta divulgação maior nos grandes centros. Há necessidade da espiritualidade na saúde, na doença.

Pneuma-Sarx: no texto observo que quando chega de cima pra baixo, tu não resgata a espiritualidade, fala bem de política, o texto. Promoção, tomada de inconsciência e consciência, sensibilidade no se relacionar com o outro. Na Europa tem tomada de consciência, mas as pessoas são muito frias.

Gentil refere-se a falta de tempo para lidar com as questões espirituais, no PIDI tem mais tempo. Pelo texto entendi que, pela falta de tempo, é mais difícil de abordar a questão da espiritualidade, no hospital do que no PIDI. Além de ser importante o profissional ter a capacidade de diferenciar de religiosidade

Betinho de Jesus: há dupla troca... a equipe também tem necessidade, a espiritualidade favorece a dupla troca entre profissionais e pacientes, interação.

Philos: via de mão dupla.

Betinho de Jesus: a equipe de saúde tem necessidade de ouvir.

Philos fala da prática de música no Hospital da FAU. As pessoas perguntam: De que religião é? Pouco importa! Uma troca fantástica! Questiona o grupo: é possível fugir de um ser superior? o semblante das pessoas no hospital com a troca através da expressão musical nos corredores. Pacientes com soro ou na cadeira de rodas apreciam e interagem com a música apresentada pelo grupo de voluntários.

Pergunto: Há espiritualidade conceituada sem crer num ser transcendente?

Caridade responde: acho que não tem como fugir. Tem que falar no que você acredita. Desde os antigos os índios acreditavam no Deus trovão. Quanto maior a

cidade, menor a tomada de consciência. É necessário maior divulgação da espiritualidade. O seminário domiciliar, quando ia se apresentar o consultor espiritual, as pessoas comentaram: lá vem o macumbeiro. Porque as pessoas não fazem idéia de que a espiritualidade faz parte do PIDI.

Pneuma-Sarx: os pacientes estão pedindo que se entre no campo subjetivo, o profissional que trabalha com isso é preciso entrar no campo subjetivo para trabalhar com câncer, terminalidade, morte.

Madalena lê trechos do texto, ênfase no conceito de espiritualidade sem estar ligada as religiões e sim com o eu profundo.

Caridade: eu uso muito a linguagem do paciente, para respeitar ele. Não tem como fugir disso.. paciente acredita em espíritos, anjos, vou falar conforme ele conhece e acredita. Tu não vai fugir ou impor.

Pneuma- Sarx: no PIDI tu vê isso em... (referindo a uma porcentagem). Na prática diária, vocês vêem a necessidade da abordagem espiritual. No posto se alguém quiser conversar sobre isso é encaminhado ao psicólogo.

Pesquisadora e Caridade complementam: 100% dos pacientes em alguma fase do processo de morte.

Marta: no posto, as pessoas vêm armadas com discurso pronto. No PIDI é diferente, a gente vai na casa do paciente, estar na casa do paciente, não estar na instituição faz diferença.

Pneuma-Sarx: a exceção é o contraponto. Quando a pessoa chega e pede um eletro e tu diz: “vamos conversar”, muda tudo... Fala de problemas de gestão na saúde pública e indaga por que as pessoas consultam 5 vezes por ano em Pelotas, o que é considerada uma média alta de consultas anuais, comparado com locais que tem um melhor atendimento da rede básica.

Pesquisadora responde que de repente, não encontram as respostas que procuram, portanto precisam retornar.

Marta volta ao conceito de espiritualidade: é difícil, mas não é impossível. A gente tira leite de pedra. Refere-se ao caso de uma paciente. Mexe com o nosso interior! Pra mim espiritualidade é uma coisa, religiosidade é outra. É um modo de olhar o outro, se colocar no lugar do outro...

Madalena: pra mim, espiritualidade pode ser estimulada pela religiosidade. Mas não é uma crença...

Philos: os conceitos vão mudando. O que se definia antes e o que se define agora... esse carinho, atenção é incluída na espiritualidade. Os feridos curam”.

A pesquisadora fala de normas e dogmas. Cita casos de pacientes que tem necessidade de buscar a espiritualidade.

Caridade complementa que no momento difícil, se voltam, porque nunca é tarde. Fala da questão dos julgamentos, ter o cuidado de não julgar e do resgate dos laços afetivos. Fica-se apontando os defeitos. Dentro desse conceito, tem que ter esse cuidado.

Pesquisadora fala da questão da “inteireza”: inteiros, a gente julga mesmo... continuam falando de um paciente.

Caridade: cada um aprendeu uma coisa com a ... (referindo-se a paciente).

Pesquisadora complementa citando a tolerância como o maior aprendizado com esta paciente.

Participante registra-se Betinho de Jesus.

Philos: eu acredito que espiritualidade está muito ligada a uma palavrinha, chamada fé. Lê trechos do texto.

Madalena também lê e fala da questão do resgate familiar, citando paciente. Os doentes ensinam as pessoas a serem realistas.

Participante registra-se Caridade.

Philos reporta-se a questões inscritas na Bíblia, como “ama a Deus sobre todas as coisas”, citando a religiosidade como elo entre Deus e o próximo.

Marta: a ...(referindo-se à uma paciente) fez- me crescer muito, porque ela me causava impacto, busquei respostas, estudei. O trabalho com o outro, com ser humano mexe com o nosso interior. Daí tem que rever isso. Religiosidade diferente de espiritualidade, como tu te coloca no mundo, aceitar o outro, te enxergar no outro, não mudei meu conceito, do início do encontro.

Madalena: está ligada a religiosidade, o teu eu expressado, é tocar e ser tocado, respeitar o outro, abrir-se ao outro

Pesquisadora: e quem não tem religião?

Madalena: também tem espiritualidade. É uma espiritualidade sem crença em uma religião.

Caridade:os pacientes querem buscar Deus, as respostas em Deus, mesmo sem religião, deve-se ter esse cuidado de não julgar se o paciente tem espiritualidade.

Philos: disseram na cruz – “nunca é tarde”.

Marta: espiritualidade se caracteriza por trocas afetivas e solidárias das pacientes, tira o profissional do pedestal, do poder da vida e da morte, passa por ter igualdade, sentir raiva, se emocionar junto ao paciente.

Philos: espiritualidade é semelhante a fé.

Pneuma-Sarx: precisamos tirar as carapaças para trabalhar a espiritualidade.

Combinado próximo encontro para dia 02/04/2009

Finalização: 11h50min.

Confraternização

RELATÓRIO 4º ENCONTRO GRUPO FOCAL PIDI

Dia 02/04/2009

Início 10:30 min.

Término: 12 horas

Após a saudação dos participante a pesquisadora faz a leitura dos dados coletados no encontro anterior, os quais são validados pelo grupo.

Pesquisadora divide o grupo em 4 subgrupos de dois componentes, distribuindo os números de 1 a 4, juntando os pares com o mesmo número. Distribuiu o material com os conceitos construídos pelo grupo nos encontros anteriores para discutir e formar um conceito da dupla, depois de 20 minutos, reuniram-se em dois grupos de 04 componentes e construíram outro conceito, após reuniram-se no grande grupo para fechar o significado de espiritualidade para a equipe.

O grupo discute para tentar agrupar os conceitos. O grupo ainda questiona a religiosidade como dependente da espiritualidade.

Pesquisadora lê o conceito construído conforme todos os encontros anteriores, decide recolher os conceitos construídos e propõe um novo encontro, no qual trará a construção e solicita que o grupo reflita. Marca o próximo encontro para dia 07/05, às 10:30 min.

Para nós, profissionais da saúde que atuamos em cuidados paliativos a espiritualidade significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, ter sensibilidade ao relacionar-se, interagir, tocar e ser tocado. Atua como facilitador nas relações com os usuários, sua família e entre a equipe.

Reunião de duplas:

É a noção da existência de um ser transcendental fazendo parte da nossa vida, permeando os nossos sentimentos e desejos com foco incessante de energia em nossos afetos (Caridade e Betinho de Jesus)

É crer numa força maior, que não se enxerga, apenas se sente e acredita nela (Gentil e Madalena)

É o reconhecimento que o ser humano possui algo mais que o corpo físico. É ter uma visão global de ser humano, respeitando as individualidades psicológicas, emocionais, físicas e espirituais, crendo numa força divina que não enxergamos mas sentimos pela fé. (Divina e Philos)

A espiritualidade do ponto de vista do profissional que trabalha com cuidados paliativos, parte da abertura para a possibilidade de troca com os pacientes e seus familiares, deixando a tomada de inconsciência assumir parte da relação, juntamente com a consciência, para determinar um cuidado integral, dando conta dos aspectos físicos, emocionais e espirituais. (Pneuma-Sarx e Marta)

Reunião de quartetos:

É reconhecer que o ser humano é algo mais que o corpo físico, respeitando as individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, crendo numa força maior, isso confere ao profissional a abertura para a possibilidade de trocas afetivas com pacientes e seus familiares. (Gentil, Caridade, Marta e Madalena)

A espiritualidade inclui a tomada de inconsciência, considerando o ser humano além do corpo físico, respeitando todos os aspectos que envolvem as relações humanas, tais como sentimentos e desejos, o que determina uma melhor relação entre os usuários, suas famílias e a equipe que atua em cuidados paliativos. (Pneuma –Sarx, Philos, Divina e Betinho de Jesus)

Reunião do Grande Grupo:

Para nós, profissionais da saúde que atuamos em cuidados paliativos a espiritualidade significa o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, respeitando suas individualidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais, ter sensibilidade ao relacionar-se, interagir, tocar e ser tocado. A Espiritualidade atua como facilitador nas relações com os usuários, sua família e entre a equipe.

RELATÓRIO 5º ENCONTRO GRUPO FOCAL DO PIDI

Dia 22/05/2009

Início: 10:30 min.

Término: 12 horas.

Após saudar os participantes foi explanado pela pesquisadora as construções à respeito do significado de espiritualidade elaborados nos encontros anteriores, os quais foram validados pelo grupo. Posteriormente a pesquisadora relatou que gostaria de explorar mais alguns temas e que iria distribuir folhas de ofício e solicitou que os participantes escrevessem sobre os seguintes temas: espiritualidade na formação profissional; experiência de cada um em conviver com a morte dos pacientes do PIDI; a contribuição que o grupo focal com o tema espiritualidade trouxe para os componentes individuais e para a equipe do PIDI Oncológico. Foi distribuindo os temas um a um, sendo que quando todos escreviam sobre o tema a pesquisadora solicitava que lessem em voz alta o que haviam escrito.

Espiritualidade na formação profissional

Profissionais da saúde trabalham e vivem num dualismo: morte/vida, espírito/matéria. Não apenas estes profissionais, mas no campo da saúde isso se torna mais evidente. O ser humano não é máquina ou apenas matéria. Em muitos momentos o paciente e seus cuidadores necessitam mais do que informações técnicas e cuidados com o corpo. É preciso cuidar do ser humano na sua integralidade e isto implica também em cuidar daquilo que não é visível e palpável. A busca e o estudo da espiritualidade entre profissionais da saúde é imprescindível para um cuidado integral. E esse cuidado e essa busca precisa ser despertada na academia. A questão é: é possível ensinar o que não se sabe? É possível investir na valorização ou na prática de algo que não exercito? Cuidar do corpo sem importar-se com a espiritualidade é cuidar de modo parcial. (Philos)

Espiritualidade, assunto novo para mim, portanto durante minha formação acadêmica (administração), não ocorreu a necessidade de conhecer sobre esse mistério que é falar de espiritualidade. (Gentil)

Na época de minha formação profissional não era muito divulgado o tema espiritualidade. Eu fui aprendendo no dia a dia. Mais uma vez eu digo que eu não consigo separar espiritualidade da religiosidade, pois eu creio que todos nós somos formados de espírito ou alma o que denomino de "sopro da vida". (Divina)

Durante a minha formação superior este tema não foi abordado, faço os seguintes questionamentos: seria por falta de conhecimento dos orientadores? Por que tocar neste assunto, talvez muitos não compreenderiam, ou até mesmo, achariam estranho falar sobre espiritualidade se existem outras matérias do curso que são tão mais importantes? Ou os colegas achariam que não teria nada a ver, pois estavam muito mais preocupados em sua formação profissional do que nos sentimentos de cada um. Acho que isto foi mais tocado em meu tempo de escola porque estudei em escola de freiras. (Madalena)

Por se tratar de um conceito subjetivo, a espiritualidade teve discreta expressão na minha formação acadêmica, tanto na graduação como na pós graduação, apesar de haver necessidade demandada pelos pacientes dos vários serviços que transitei. Cabe destacar que as unidades de terapia intensiva apresentam usuários que demandam constantemente o aspecto espiritual, mas os estudantes e profissionais não dialogam sobre esta questão, buscando sempre uma abordagem concreta no manejo dos pacientes.

Trabalhar com pacientes oncológicos em fase de cuidados paliativos nos mostra que estes apresentam necessidades espirituais constantes e uma equipe interdisciplinar que se propõe consegue trabalhar este aspecto juntamente com as demandas físicas, sociais e emocionais. (Pneuma-Sarx).

Durante o período de graduação no curso de medicina não foi abordado o assunto espiritualidade. Nunca foi visto esse assunto como parte da vida dos pacientes e/ou da equipe terapêutica. As noções de espiritualidade por mim adquiridas foram decorrentes do contato com a religião espírita desde a minha infância. Posteriormente adquiri o hábito de leitura de romances espíritas, livro-texto e livros de mensagem. Durante meu desempenho profissional sempre procuro ler sobre religiões, espiritualidade e suas relações com o paciente e tenho refletido principalmente em relação a maneira como fazemos uso da espiritualidade na nossa prática profissional. (Betinho de Jesus)

Durante minha formação acadêmica, foi muito importante as disciplinas que trataram de espiritualidade, pois cursei serviço social na Universidade Católica de Pelotas, na qual estas disciplinas eram obrigatórias. Para o exercício profissional é fundamental entender um pouco sobre espiritualidade, pois lidamos com seres humanos, portanto seres espirituais, cada um com sua história de vida. (Marta)

Experiência de cada um em conviver com a morte dos pacientes do PIDI

Significado de lidar com a morte

Pacientes com doenças fora de possibilidades de cura merecem cuidados integrais para alívio dos sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais. Conviver com estes pacientes de forma continuada requer a identificação de mudança na forma de ver estas necessidades, ou seja, nós profissionais temos que reconhecer que os aspectos emocionais e espirituais devem tomar uma maior dimensão no cuidado, permitindo assim abrir um canal para resolução dos conflitos próximos à morte. (Pneuma-Sarx)

No início foi difícil, pois apesar de trabalhar há algum tempo com pacientes terminais, não tinha um contato tão íntimo com eles. Este contato e esta experiência só comecei a ter depois de visitá-los diariamente em suas casas em contato íntimo com sua família, seu cuidador e a casa propriamente dita. É uma experiência, uma vivência rica, pois aprendi a ficar “amiga” da morte, já que não posso lutar contra ela. (Madalena)

Eu pessoalmente, nunca tive problemas em lidar com a morte, quando fui convidada a trabalhar no PIDI não tinha idéia de como seria. Aprendi com a colega de trabalho que nós andamos lado a lado com a morte, somos aliados dela. (Divina)

Diante da morte normalmente tenho um ou vários momentos de introspecção – olhar pra ti, também de olhar a sua volta, ao passado e ao presente e questionar-se: Qual é o sentido da vida? Para que e para quem fui criado? De onde vim e para onde vou? (Philos)

Na minha experiência profissional em lidar com a morte e o luto da família, quando há um sentido para a vida e também para a morte, há uma nova maneira de encarar a despedida ou o sofrimento e as dores. (Philos)

É uma questão bem pessoal, daquilo que creio mesmo, mas concordo com um grande teólogo do 4º século que disse: “O se humano tem um vazio do tamanho de Deus.” (Philos)

As pessoas buscam além de respostas para a morte e o morrer, o consolo para o além do evento em sí. Se perguntam: o que vem depois? Estar em paz com isso é importante. (Philos)

Não tenho experiência de presenciar a morte dos pacientes porque a minha função é administrativa, apenas registro o óbito dos mesmos, mas escuto os demais

componentes da equipe comentarem, entendo que seja natural já que são terminais. (Gentil)

O nosso trabalho no PIDI nos leva a lidar quase que diariamente com a morte, e a mim parece que estas pessoas tem muito a nos ensinar. Eu me sinto muito mais auxiliada do que auxiliadora. E este auxílio que não apenas como profissionais, mas principalmente como seres humanos recebemos, seria o contato com a espiritualidade. (Caridade)

Contribuição que o Grupo Focal de discussão sobre espiritualidade trouxe para cada profissional e para a equipe do PIDI

Pessoalmente tenho aprendido em cada encontro a importância do respeito às convicções e crenças religiosas e espirituais de cada integrante da equipe. Isso não nasce conosco, aprendemos no convívio. (Philos)

Trazer para a equipe de trabalho do PIDI o tema espiritualidade reforça a necessidade de reconhecer ainda mais o quanto este aspecto está presente na prática de cada um que se relaciona com usuários que apresentam câncer em fase de cuidados paliativos. De forma concreta, a partir desta participação no grupo, os profissionais saberão reconhecer este aspecto quando demandados por pacientes e familiares. (Pneuma-Sarx)

Esses encontros foram maravilhosos, pena que não se prolonguem. Pois neles, deixamos a flor da pele o nosso interior explodir, emitindo nossos pensamentos, atitudes, condutas, medos, crenças, tabus reprimidos e agora expostos. (Madalena)

Espero que daqui resulte o aumento da sensibilidade de cada um, pois penso que as decisões tomadas em relação a qualquer aspecto, sempre devem estar unidas a sensibilidade e o coração de todos nós. (Madalena)

Eu acho que estas discussões, neste grupo, serviram para conhecer um pouco mais os colegas. E mostrar que toda a equipe sabe respeitar a religiosidade e espiritualidade de cada um. (Divina)

Eu e outras pessoas da equipe confundíamos espiritualidade com religiosidade, com o passar das reuniões aprendemos que dá para separar as duas, por outro lado, aprendemos que a espiritualidade pode ser usada para um melhor atendimento dos nossos pacientes. (Gentil)

O grupo de trabalho ficou fortalecido pela troca de experiências entre os colegas, trouxe um melhor conhecimento sobre as várias faces da morte e o morrer. Com

isso, o crescimento da equipe e sua relação com o paciente e a família tem um resultado final mais intenso, mais atuante e mais real. (Betinho de Jesus)

Este grupo, nos fez observar melhor os colegas e saber o que cada um pensa em relação à espiritualidade. Foi uma troca de idéias na qual aprendemos muito. (Caridade)

Através deste trabalho a equipe ficou mais próxima, todos colocaram suas experiências pessoais a respeito da espiritualidade e religiosidade. (Marta)

ANEXO

1847 - 2007



Pelotas, 19 de dezembro de 2008.

Ref.: Protocolo nº 061/2008 – Ata 73

Ilma. Sra.
Profª Dra. Maira Buss Thofehm
Nesta

Prezada Doutora,

Informamos a V.S.^a que, ao se proceder a análise de seu projeto de pesquisa intitulado "O SIGNIFICADO DA ESPIRITUALIDADE PARA UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR QUE ATUA EM CUIDADOS PALIATIVOS", em reunião realizada dia 10/12/2008, o Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifestou-se pela APROVAÇÃO do referido projeto.

Informamos, também, que deverão ser encaminhadas a este Comitê a data de encerramento e a publicação dos resultados finais da referida pesquisa.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.


Adriana da Silva Pollnow
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa
da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

asp/cep

Anexo – 1

Artigo Científico utilizado nas discussões dos grupos focais

Revista de Psiquiatria Clínica

ISSN 0101-6083 *versão impressa*

Rev. psiquiatr. clín. v.34 supl.1 São Paulo 2007

doi: 10.1590/S0101-60832007000700011

REVISÃO DA LITERATURA

A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos

Mario F. P. Peres^I; Ana Claudia de Lima Quintana Arantes^{II}; Patrícia Silva Lessa^{III}; Cristofer André Caous^{IV}

^IProfessor de Neurologia da Faculdade de Medicina do ABC e pesquisador pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Instituto do Cérebro

^{II}Geriatra graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e coordenadora do Grupo de Estudos da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Israelita Albert Einstein

^{III}Doutora em Tecnologias Energéticas Nucleares pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e pesquisadora pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Instituto do Cérebro

^{IV}Doutor em Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e pesquisador pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Instituto do Cérebro

RESUMO

CONTEXTO: Dor é um dos sintomas físicos mais frequentemente relatados por pacientes, causando importante redução na qualidade de vida do indivíduo. Pacientes com dor crônica são difíceis de tratar.

OBJETIVO: Descrever estratégias atuais de abordagem de pacientes com dores crônicas, baseadas na literatura científica, enfatizando medidas relacionadas à espiritualidade e à religiosidade.

MÉTODO: A presente revisão utilizou-se das atuais estratégias de manejo para pacientes com dor crônica combinadas a medidas medicamentosas e não-medicamentosas, estas geralmente incorporando medidas voltadas ao bem-estar físico, mental, social e espiritual com base em publicações indexadas pelo Medline.

RESULTADOS: Muitos estudos demonstram associação positiva entre espiritualidade e religiosidade e melhora em variáveis e marcadores de doenças crônicas.

CONCLUSÃO: Pelo fato de a religiosidade e a espiritualidade serem marcadamente relacionadas com a melhora clínica dos pacientes, é importante que o reconhecimento desses aspectos e a integração no manejo dos pacientes com dor crônica sejam conduzidos por profissionais da área de saúde.

Palavras-chave: Dor crônica, manejo, cefaléias, espiritualidade.

Introdução

Dor é um dos sintomas físicos mais freqüentemente relatados por pacientes, causando importante redução na qualidade de vida do indivíduo (Nickel e Raspe, 2001; Phillips, 2003). A dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos, podendo ser aguda ou crônica. Dor crônica é definida como toda aquela com duração superior a seis meses, persistente ou intermitente (Breen, 2002). No Brasil, estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas padeçam de algum tipo de dor (Silva *et al.*, 2004). É o principal motivo de procura por assistência de saúde, sendo considerada hoje um grave problema de saúde pública.

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Em cuidados paliativos, perguntamos ao paciente o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhamos com o controle dos sintomas. Buscamos conferir ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações nesse momento singular. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte (Wachholtz e Keefe, 2006). Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces dos cuidados paliativos. Transcender é buscar significado, e a espiritualidade é o caminho.

Pacientes com dor crônica são difíceis de tratar. O bem-estar físico e o emocional, assim como as relações sociais, familiares e de trabalho, são extremamente afetados (Sorajjakool *et al.*, 2006; Smith *et al.*, 2001). A experiência da dor é mais bem entendida se uma construção multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, for considerada (Davis *et al.*, 2003). Além dos conceitos de nocicepção, sensibilidade central e do componente neuropático da dor, numerosos estudos apontam fatores não-biológicos, como o suporte social e as estratégias de enfrentamento (*coping*), como fundamentais na percepção de dor dos pacientes (Keefe e Bonk, 1999; Lester *et al.*, 1996; Kraaimaat *et al.*, 1995). Emoções negativas como depressão e ansiedade correlacionam-se também com piora na percepção da dor de cada indivíduo (McWilliams *et al.*, 2004; Campbell *et al.*, 2003).

Discussão

Religiosidade e espiritualidade na prática médica

Desde o início da década de 1980, a medicina vem se direcionando a uma visão mais abrangente do modelo de atendimento na área da saúde, enfatizando a

importância de fatores ambientais e psicossociais (Engel, 1980). A medicina moderna encontra-se em fase de transição e está à procura de novas fronteiras e caminhos para a evolução do conhecimento. O direcionamento científico da medicina aponta as áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura, mas também há reconhecida tendência para o estudo da espiritualidade (Koenig, 2004). Revistas de alto impacto científico abrem espaço para artigos relacionados a esse tema, tais como *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal*, *American Journal of Psychiatry*, *JAMA*, entre dezenas de outras (Koenig *et al.*, 1998).

Pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual (Okon, 2005). Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do paciente incompleta. Apesar de dois terços das escolas médicas americanas em 2001 lecionarem cursos obrigatórios ou eletivos sobre religião, espiritualidade e medicina (Barnard *et al.*, 1995), poucos médicos hoje percebem as necessidades espirituais dos seus pacientes. Até mesmo nas áreas mais religiosas dos Estados Unidos, menos do que um terço dos médicos pergunta sobre a religiosidade dos pacientes e menos de um entre dez médicos leva em conta a história espiritual de cada um (Chibnall e Brooks, 2001). Muitos médicos dizem que se sentem desconfortáveis ao falar sobre assuntos religiosos ou que não têm tempo para lidar com isso. Outros não consideram os assuntos espirituais como parte de seus trabalhos, não entendem por que deveriam ser, não sabem como nem quando introduzi-los e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (Marr *et al.*, 2007). Em pesquisas na população geral e em médicos dos Estados Unidos, as crenças e o comportamento religioso foram estudados. Revelou-se que 95% das pessoas acreditam em Deus, 77% acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais, 73% acreditam que devem compartilhar as suas crenças religiosas com o profissional médico e 66% demonstram interesse de que o médico pergunte sobre sua espiritualidade. No entanto, apenas 10% a 20% relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com elas (Larson e Koenig, 2000; Anaya, 2002; Cowan *et al.*, 2003).

Diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspectos da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas (Moreira-Almeida, 2006). Outros estudos mostram que pessoas engajadas em práticas religiosas ou espirituais são fisicamente mais saudáveis, têm estilo de vida mais equilibrado e usam menos serviços de saúde (Koenig, 2004). O impacto do benefício da atividade religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o acréscimo de sete a 14 anos na expectativa de vida (Neumann e Peeples, 2001). O impacto também se dá economicamente, pois a prática espiritual é isenta de custos e seus benefícios resultam menos gastos hospitalares, medicamentos e exames diagnósticos (Hudson, 1996). No entanto, obviamente, a prática religiosa não deve substituir a prática médica.

Várias questões relacionadas à introdução dos conceitos de espiritualidade e religiosidade na medicina devem ser consideradas. Embora existam para algumas doenças, faltam estudos randomizados que evidenciem o benefício da espiritualidade em doenças específicas, para as quais este tópico nunca foi cientificamente estudado. A atividade religiosa do indivíduo, por si, pode ser substancialmente diferente daquela indicada pelo médico. Em termos

epidemiológicos, uma ação no sentido de reduzir o tabagismo, ou aumentar o nível de exercício físico, ou uma orientação dietética devem ser comparadas com a orientação de se procurar uma atividade religiosa, calculando-se seu custo-benefício.

E quando a religião é prejudicial? Há também riscos a serem considerados nessa área. Pensamentos negativos gerando sentimentos de culpa oriundos de determinada crença religiosa podem ocasionar mais sofrimento ao paciente, levando à sensação de abandono, desamparo e baixa auto-estima. Orientações religiosas podem fazer o indivíduo abandonar o tratamento médico tradicional, havendo piora imediata do seu quadro clínico, embora a maioria das religiões não estimule a interrupção do tratamento médico (Koenig *et al.*, 1991). Por último, o médico corre o risco de impor a sua prática religiosa ao paciente e causar uma quebra da relação médico-paciente. O que deve, então, fazer o médico? O *American College of Physicians*, nos Estados Unidos, publicou um consenso sobre quais questões o médico deve abordar em relação ao paciente grave: 1) A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nesta doença? 2) A fé (religião, espiritualidade) já foi importante em outras épocas da sua vida? 3) Você tem alguém para discutir as questões religiosas? 4) Você gostaria de explorar as questões religiosas com alguém? (Quill e Byock, 2000)

Para acessar a espiritualidade de maneira sistemática e padronizada, foram criadas escalas de avaliação específicas (Kelly *et al.*, 2006; Mystakidou *et al.*, 2006). As escalas de avaliação da espiritualidade no âmbito médico, como a Spiritual Involvement and Beliefs Scale (Hatch *et al.*, 1998) (Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual), a Spiritual Well-Being Scale (Sieber *et al.*, 2000) (Escala de Bem-Estar Espiritual) e a DUREL (Duke University religion index) (Storch *et al.*, 2004). O simples fato de o médico se mostrar preocupado com o aspecto espiritual do paciente deve melhorar a relação médico-paciente e, por conseguinte, o impacto das intervenções médicas realizadas. Por trás desse relacionamento, assim como em outras situações, percebemos que há energia envolvida no processo.

A etimologia da palavra energia implica atividade ou todo agente capaz de produzir trabalho de acordo com a definição da física. Podemos afirmar que a energia nunca é criada nem destruída, simplesmente é transformada de um tipo em outro. As energias conhecidas pela física possuem entropia positiva, uma vez que se propagam de um local de maior potencial para outro de menor potencial energético. Entretanto, foi descoberta por Wilhelm Reich outra energia de entropia negativa e denominada energia sutil ou orgânica. A teoria eletromagnética de Louis Vallé afirma que se em um determinado espaço a energia atinge uma densidade suficiente, ocorre a materialização de um fóton. Contudo, se a energia é de densidade inferior, só pode existir em forma de onda. Estendendo esse conceito, Pagot afirmou que, densidade ainda menor, a energia também deixará de ser ondulatória para existir de maneira difusa perturbando esse espaço (energia de forma). A aplicação de energia de forma gerada por formas geométricas simétricas é benéfica aos seres vivos segundo Pagot (1988). Portanto, quais intervenções espirituais e/ou religiosas podem ser efetuadas? A reza ou prece é a mais universal e comum das intervenções. Quase 90% das mulheres e 85% dos homens fazem preces, e 80% deles o fazem com frequência semanal (Ameling, 2000). A meditação é outra opção mais voltada para a consciência do corpo, relaxamentos físico e mental. A leitura bíblica ou de outros textos religiosos também pode servir a esse propósito (Shelly, 2005).

A psicoterapia baseada na linha transpessoal ou com enfoque existencial pode ser eficaz na ajuda ao paciente que procura resolver aspectos relacionados ao significado e ao propósito da vida. Intervenções comuns em nosso meio, como a fluidoterapia, atingem de maneira eficaz o sistema energético bioplasmático (Moreira-Almeida e Lotufo, 2005). Outros tipos de intervenções espirituais ou religiosas predominam de acordo com a prática religiosa, tais como: toque terapêutico, *reiki*, as curas em cultos públicos ou encontros privados com curandeiros. A imensa ausência de evidências científicas, em parte pelo preconceito, de cada uma dessas modalidades terapêuticas nos dificulta uma possível recomendação.

Sofrimento

No centro do estresse espiritual de morrer está o sofrimento individual. George Eliot comenta: "Profundo e indescritível sofrimento pode bem ser chamado de um batismo, uma regeneração, uma iniciação de um novo estado de ser" (Steensma, 2003). Torna-se importante avaliar o estresse espiritual de morrer para entender mais profundamente o sofrimento humano. Eric Cassel define o sofrimento como um estado de estresse grave associado aos eventos que ameaçam a integridade de cada pessoa. Por conta dessa natureza, "sofrimento é uma experiência humana" e ocorre assim que o processo de destruição da pessoa seja percebido, enquanto a ameaça da desintegração persistir ou até que a integridade da pessoa possa ser restaurada de alguma maneira. O sofrimento afeta as pessoas em toda a sua complexidade, podendo ocorrer nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual (Cassel, 1982). Outra forma de expressar a natureza do sofrimento humano no final da vida é o conceito definido por "dor total" articulado por Saunders (Saunders e Sykes, 1993). Ela descreveu quatro domínios da dor, que, em sua totalidade, constituem o conceito da chamada dor total: dor física (e outros sintomas físicos de desconforto), dor emocional (ansiedade, depressão), dor social (medo da separação, sensação de abandono, luto antecipatório) e dor espiritual. Cassel (1999) completa ainda: "O sofrimento não identificado não poderá ser aliviado". Entretanto, é preciso compreender que antes de o paciente em fase final de vida se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos bem aliviados e controlados. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo.

Espiritualidade e dor

Se estudos mostram que as medidas de religiosidade e espiritualidade se comportam como fatores preditivos de bem-estar e suporte social em outras doenças crônicas, potencialmente isso deve ocorrer também no âmbito do controle da dor (Sinclair *et al.*, 2006; Harrison *et al.*, 2005; Cooper-Effa *et al.*, 2001; Koenig, 2001; Brand, 1995). Apesar disso, não são muitos os estudos que avaliam a influência da religiosidade e da espiritualidade em pacientes com dor.

Espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Essa definição é utilizada como base em cursos médicos sobre espiritualidade e saúde. A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas. Esse conceito é encontrado

em todas as culturas e sociedades. É expressa como uma busca individual mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo, família e arte (Puchalski, 1999). Um dos primeiros estudos em pacientes com dor por crises de falcização na anemia falciforme mostrou que os pacientes com níveis mais altos de religiosidade apresentaram um senso de controle maior da dor, mas não de sua intensidade (Banks, 2006).

Harrison *et al.* (2005), ao avaliarem 50 pacientes americanos com anemia falciforme, demonstraram que frequência à igreja mais de uma vez por semana implica escores mais baixos de dor, porém outros aspectos, como estudos bíblicos e religiosidade intrínseca, não se relacionam com o sentir menos dor. Em uma recente revisão, Banks (2006) ressaltou a importância de incorporar a fé e a espiritualidade ao tratamento de pacientes com cefaléia crônica diária, mas não há ainda estudos que norteiem como e quando isso deve ocorrer.

Na literatura de cuidados paliativos, o tema religiosidade e espiritualidade ganha bastante importância. Newshan (1998) revê o papel da espiritualidade em pacientes com câncer ou HIV e dor, ressaltando os domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos. Avaliações e intervenções espirituais destacadas para a promoção do conforto e a diminuição da dor foram: vontade de escutar, atenção e aceitação. Otis-Green *et al.* (2002) propõem um modelo multidisciplinar envolvendo aspectos espirituais no tratamento da dor em câncer, discutindo o papel de vários profissionais, como psicólogos, enfermeiros, oncologistas, psiquiatras, assistentes sociais, capelães e religiosos, em que cada um desempenha um papel específico relacionando-se com o paciente dentro da sua área de atuação profissional ou pessoal.

Algumas pesquisas mostram o efeito de aspectos religiosos e espirituais no tratamento de condições dolorosas. Em um estudo comparando o efeito de diferentes formas de meditação em relação à ansiedade, ao humor e à dor (Wachholtz e Pargament, 2005), demonstrou-se que o grupo que realizou meditação com envolvimento espiritual obteve menores níveis de ansiedade, melhor humor e duas vezes mais tolerância à dor. Estudaram-se também 122 pacientes com dores musculoesqueléticas e observou-se que pacientes sentiram-se mais abandonados por Deus e tiveram menos desejo de diminuir a dor no mundo. Práticas religiosas privadas foram inversamente relacionadas às variáveis físicas, mostrando que os pacientes em pior estado tinham maior probabilidade em se engajar às práticas, como um meio de enfrentamento da sua baixa qualidade de vida. Aspectos como perdão, experiências espirituais diárias, suporte religioso e autopercepção de religiosidade predisseram significativamente o estado de saúde mental dos pacientes (Rippentrop *et al.*, 2005). Sundblom *et al.* (1994) estudaram por um período de um ano e meio o efeito da cura espiritual em 24 pacientes com síndromes dolorosas crônicas na Finlândia, encaminhados a tratamento espiritual ou a nenhum tratamento. Observaram que houve discreta redução no consumo de analgésicos, melhora na qualidade do sono e que metade (seis pacientes) sentiu alívio após o tratamento. Abbot *et al.* (2001) estudaram 120 pacientes com dor crônica de diversas etiologias e avaliaram o efeito de um tratamento de cura face a face e a distância realizado por 30 minutos por semana, durante oito semanas. Redução significativa ocorreu nos dois grupos, porém não foi diferente da dos grupos controle.

Papel da religião nos cuidados do fim da vida

É interessante perceber que em meio a era de grandes avanços tecnológicos emerge uma crescente necessidade de busca espiritual (Marco e Schears, 2006; Lukoff *et al.*, 1995; Waldfogel e Wolpe, 1993; Lukoff *et al.*, 1992; Urzua, 1991). Então, começa a surgir um desafio aos profissionais de saúde para responder às questões sobre o equilíbrio entre saúde e espiritualidade. O uso indiscriminado da tecnologia, mesmo que repleto de boas intenções, pode resultar abandono não intencional de outras necessidades muito importantes, como conforto e controle da dor, e outros sintomas, como comunicação, espiritualidade e outros valores significativos (Urzua, 1991; Hudson, 1996). Em geral, considera-se inadequado que os médicos façam sugestões a respeito de escolhas religiosas a seus pacientes que estão morrendo, bem como aos seus familiares (Marco e Schears, 2006). Essas complexas particularidades levam a uma questão fundamental: quais as implicações para aqueles que cuidam das necessidades espirituais dos pacientes na fase final de suas vidas?

Em uma grande pesquisa nacional (março a agosto de 1999), os investigadores avaliaram percepções do paciente, da família, dos médicos e de outros profissionais e voluntários questionados sobre a importância de 44 atributos de qualidade de cuidados no final da vida (Steinhauser *et al.*, 2000). Vinte e seis itens foram considerados como extremamente relevantes em todos os grupos entrevistados e incluíram: controle efetivo da dor e outros sintomas, preparação para a morte, atingir um senso de plenitude, ser capaz de tomar decisões sobre os tratamentos propostos e ser tratado como uma pessoa da maneira mais completa possível. Apesar do consenso sobre esses aspectos, houve discrepâncias com significância estatística sobre espiritualidade, sendo esta reportada como o aspecto mais importante pelos pacientes, mas não tão importante para seus médicos e demais profissionais da área de saúde. Problemas de comunicação em relação à espiritualidade são mais frequentes nos cuidados com crianças e adolescentes. Um estudo retrospectivo de cuidados no final da vida em 77 crianças terminais hospitalizadas com idades entre 8 dias e 17 anos constatou apenas um caso bem documentado de um adolescente com uma discussão clara sobre a possibilidade de morrer (McCallum *et al.*, 2000). Outra observação perturbadora extraída de uma análise retrospectiva de anotações de prontuários de 200 pacientes adultos em fase final de vida mostrou que, quando documentadas, as discussões sobre espiritualidade eram caracterizadas como frustrantes pela equipe de saúde ante as perspectivas não realistas das famílias e dos próprios pacientes. Essa conclusão sugere que muitos profissionais de saúde perdem uma excelente oportunidade de avaliar os aspectos espirituais do paciente, pois interpretam ou pré-julgam essa dimensão do cuidado como muito abstrata ou utópica (Fins *et al.*, 2000).

Entretanto, é preciso compreender que, antes de o paciente em fase final de vida se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos bem aliviados e controlados. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo. Experimentar um processo de morte serena é, antes de tudo, ter a oportunidade de viver em plenitude seu último momento. Proporcionar o alcance dessa plenitude é o objetivo primordial dos cuidados paliativos (Byock, 2006; Hinshaw, 2005).

Conclusão

É muito importante para a melhora na qualidade de vida de pacientes com dor crônica integrar aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade com seu atendimento em diversos aspectos. Futuras pesquisas na área são necessárias para se definir o exato papel da religiosidade e/ou espiritualidade na prevalência, impacto e tratamento de pacientes com dor. Novos avanços devem decorrer do aprofundamento dessas investigações clínico-científicas e da aplicação da espiritualidade na prática médica, em especial no manejo daqueles com dor crônica.

Referências

- Abbot, N.C.; Harkness, E.F.; Stevinson C.; Marshall, F.P.; Conn, D.A.; Ernst, E. - Spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized, clinical trial. *Pain* 91:79-89, 2001.
- Ameling, A. Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Holist Nurs Pract* 14:40-48, 2000.
- Anaya, C.J. - Religion and health. *Mayo Clin Proc* 77:600-601, 2002.
- Banks, J.W. - The importance of incorporating faith and spirituality issues in the care of patients with chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 10(1):41-46, 2006.
- Barnard, D.; Dayringer, R.; Cassel, C.K. - Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum. *Acad Med* 70(9): 806-813, 1995.
- Brand, P. - Coping with a chronic disease: the role of the mind and spirit. *Patient Educ Couns* 26(1-3):107-112, 1995.
- Breen, J. - Transitions in the concept of chronic pain. *Adv Nurs Sci* 24: 48-59, 2002.
- Byock, I. - Where do we go from here? A palliative care perspective. *Crit Care Med* 34(11): 416-420, 2006.
- Campbell, L.C.; Clauw, D.J.; Keefe, F.J. - Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry* 54:399-409, 2003.
- Cassel, E.J. - The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982 Mar 18;306(11):639-645.
- Chibnall, J.T.; Brooks, C.A. - Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *South Med J* 94: 374-349, 2001.
- Cooper-Effa, M.; Blount, W.; Kaslow, N.; Rothenberg, R.; Eckman, J. - Role of spirituality in patients with sickle cell disease. *J Am Board Fam Pract* 14:116-122, 2001.
- Cowan, J.D.; Burns, D.; Palmer, T.W.; Scott, J.; Feeback, E. - A palliative medicine program in a community setting: 12 points from the first 12 months. *Am J Hosp Palliat Care* 20(6): 415-433, 2003.

- Davis, P.J.; Reeves, J.L.; Graff-Radford, S.B.; Hastie, B.A.; Naliboff, B.D. - Multidimensional subgroups in migraine: differential treatment outcome to a pain medicine program. *Pain Med* 4: 215-222, 2003.
- Engel, G.L. - The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137:535-544, 1980.
- Fins, J.J.; Schwager Guest, R.; Acres, C.A. - Gaining insight into the care of hospitalized dying patients: an interpretive narrative analysis. *J Pain Symptom Manage* 20:399-407, 2000.
- Harrison, M.O.; Edwards, C.L.; Koenig, H.G.; Bosworth, H.B.; DeCastro, L.; Wood, M. - Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *J Nerv Ment Dis* 193:250-257, 2005.
- Hatch, R.L.; Burg, M.A.; Naberhaus, D.S.; Hellmich, L.K. - The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *J Fam Pract* 46:476-86, 1998.
- Hinshaw, D.B. - Spiritual issues in surgical palliative care. *Surg Clin North Am* 85(2):257-272, 2005.
- Hudson, T. - Measuring the results of faith. *Hosp Health Netw* 70:22-28, 1996.
- Keefe, F.J.; Bonk, V. - Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 25:81-103, 1999.
- Kelly, B.; McClement, S.; Chochinov, H.M. - Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliat Med* 20(8):779-789, 2006.
- Koenig, H.G. - Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? *Mayo Clin Proc* 76:1189-1191, 2001.
- Koenig, H.G. - Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J* 97:1194-200, 2004.
- Koenig, H.G.; Bearon, L.B.; Hover, M.; Travis, J.L. - Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families. *J Pastoral Care* 45:254-267, 1991.
- Koenig, H.G.; George, L.K.; Hays J.C.; Larson, D.B.; Cohen, H.J.; Blazer, D.G. - The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med* 28:189-213, 1998.
- Kraaimaat, F.W.; Van Dam-Baggen, R.M.; Bijlsma, J.W. - Association of social support and the spouses reaction with psychological distress in male and female patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 22:644-648, 1995.

- Larson, D.B.; Koenig, H.G. - Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. *Cleve Clin J Med* 67(2):80, 83-84, 2000.
- Lester, N.; Lefebvre, J.C.; Keefe, F.J. - Pain in young adults: relationships of three pain-coping measures to pain and activity interference. *Clin J Pain* 12:291-300, 1996.
- Lukoff, D.; Lu, F.; Turner, R. - Towards a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. *J Nerv Ment Dis* 180(11):673-682, 1992.
- Lukoff, D.; Lu, F.G.; Turner, R. - Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin N Am* 18:467-485, 1995.
- Marco, C.A.; Schears, R.M. - Death, dying and last wishes. *Emerg Clin North Am* 24(4):969-987, 2006.
- Marr, L.; Billings, J.A.; Weissman, D.E. - Spirituality training for palliative care fellows. *J Palliat Med* 10(1):169-177, 2007.
- McCallum, D.E.; Byrne, P.; Bruera, E. - How children die in hospital. *J Pain Symp Manag* 20:417-423, 2000.
- McWilliams, L.A.; Goodwin, R.D.; Cox, B.J. - Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* 111:77-83, 2004.
- Moreira-Almeida, A.; Lotufo Neto, F. - Spiritist views of mental disorders in Brazil. *Transcult Psychiatry* 42:570-595, 2005.
- Moreira-Almeida, A.; Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. - Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 28(3):242-250, 2006.
- Mystakidou, K.; Tsilika, E.; Parpa, E.; Smyrnioti, M.; Vlahos, L. - Assessing spirituality and religiousness in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 23(6):457-463, 2006.
- Neumann, J.K.; Peeples, B. - Religious faith and nicotine cessation. *Mil Med* 166(5):v., 2001.
- Newshan, G. - Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. *J Adv Nurs* 28:1236-1241, 1998.
- Nickel, R.; Raspe, H.H. - Chronic pain: epidemiology and health care utilization. *Nervenarzt* 72:897-906, 2001.

- Okon, T.R. - Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *J Palliat Med* 8(2):392-414, 2005.
- Otis-Green, S.; Sherman, R.; Perez, M.; Baird, R.P. - An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Cancer Pract* 10:58-65, 2002.
- Pagot, J. - Radiesthésie et émission de Forme. Gif-sur-Yvette, 1988.
- Phillips, C.J. - Pain management: health economics and quality of life considerations. *Drugs* 63(2):47-50, 2003.
- Puchalski, C. - *Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care.* Assoc of Am Med Colleg, Contemporary issues in medicine, communication in medicine, medical school objectives project, pp. 25-26, 1999.
- Quill, T.E.; Byock, I.R. - Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 7(132):408-414, 2000.
- Rippentrop, E.A.; Altmaier, E.M.; Chen, J.J.; Found, E.M.; Keffala, V.J. - The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 116:311-321, 2005.
- Saunders, C.; Sykes, N. - *The management of terminal malignant disease.* 3rded. London, Edward Arnold, 1993.
- Shelly, J.A. - The mystery of healing. *J Christ Nurs* 22:6-14, 2005.
- Steensma, D.P. Why me? *J Clin Oncol* 21(9):64-66, 2003.
- Steinhauser, K.E.; Christakis, N.A.; Clipp, E.C.; McNeilly, M.; McIntyre, L.; Tulsky, J.A. - Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 284:2476-2482, 2000.
- Sieber, W.J.; David, K.M.; Adams, J.E.; Kaplan, R.M.; Ganiats, T.G. - Assessing the impact of migraine on health-related quality of life: an additional use of the quality of well-being scale-self-administered. *Headache* 40:662-671, 2000.
- Silva, M.C.; Fassa, A.G.; Valle, N.C. - Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* 20:377-385, 2004.
- Sinclair, S.; Pereira, J.; Raffin, S. - A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med* 9(2):464-479, 2006.
- Smith, B.H.; Elliott, A.M.; Chambers, W.A.; Smith, W.C.; Hannaford, P.C.; Penny, K. - The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract* 18:292-299, 2001.

- Storch, E.A.; Strawser, M.S.; Storch, J.B. - Two-week test-retest reliability of the Duke Religion Index. *Psychol Rep* 94:993-994, 2004.
- Sorajjakool, S.; Thompson, K.M.; Aveling, L.; Earl, A. - Chronic pain, meaning, and spirituality: a qualitative study of the healing process in relation to the role of meaning and spirituality. *J Pastoral Care Counsel* 60(4):369-378, 2006.
- Sundblom, D.M.; Haikonen, S.; Niemi-Pynttari, J.; Tigerstedt, I. - Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. *Clin J Pain* 10:296-302, 1994.
- Urzua, J. - Modern medicine and the rejection of death. *Anaesth Intens Care* 19(3): 400-403, 1991.
- Wachholtz, A.B.; Keefe, F.J. - What physicians should know about spirituality and chronic pain. *South Med J* 99(10):1174-1175, 2006.
- Wachholtz, A.B.; Pargament, K.I. - Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med* 28:369-384, 2005.
- Waldfoegel, S.; Wolpe, P.R. - Using awareness of religious factors to enhance interventions in consultation-liaison psychiatry. *Hosp Community Psychiatry* 44(5): 473-477, 1993.

Anexo – 2

Artigo Científico utilizado nas discussões dos grupos focais

Espiritualidade e religião no trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional

Spirituality and religion at work: Possible implications to the organizational context

Espiritualidad y religión en el trabajo: Posibles implicaciones para el contexto organizacional

Rogério Rodrigues da Silva

Universidade de Lisboa

RESUMO

O artigo tem como objetivo discutir a vivência da religião e da espiritualidade no contexto organizacional. O texto apresenta uma diferenciação conceitual entre religião e espiritualidade, a partir da qual será discutida a aplicação desses conceitos em organizações religiosas e não religiosas. Além disso, serão evidenciados os

principais ganhos dos trabalhadores e das organizações com a vivência desses conceitos no trabalho. De maneira geral, os exemplos discutidos revelam que tanto a religião quanto a espiritualidade, no contexto do trabalho, remetem a uma perspectiva mais humanizada das organizações e à promoção de um ambiente de trabalho baseado em relacionamentos mais próximos, no aprofundamento do significado do trabalho, no sentimento de participação na organização e, principalmente, na liberdade de se vivenciar, na organização, os valores individuais.

Palavras-chave: Trabalho, Espiritualidade, Religião, Organizações.

ABSTRACT

This article intends to discuss religious and spiritual experiences in the organizational context. The text presents a conceptual differentiation between religion and spirituality and discusses the application of these concepts to religious and non religious organizations. Moreover, the text also points out the main gains to workers and organizations with the experience of these concepts at work. Generally speaking, the argued examples point out that religion as well as spirituality refers to a more human perspective of the organizations and to the promotion of a work atmosphere based on closer relationships, deeper work signification, participation in the organization sense and, mainly, liberty to experience individual values in the organization.

Keywords: Work, Spirituality, Religion, Organizations.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo discutir la vivencia de la religión y de la espiritualidad en el contexto organizacional. El texto presenta una diferenciación de concepto entre religión y espiritualidad, desde la cual será discutida la aplicación de estos conceptos en organizaciones religiosas y no religiosas. Además, serán evidenciadas las principales ganancias de los trabajadores y de las organizaciones con la vivencia de esos conceptos en el trabajo. De manera general, los ejemplos discutidos revelan que tanto la religión como la espiritualidad, en el contexto del trabajo, remiten a una perspectiva más humanizada de las organizaciones y a la promoción de un ambiente de trabajo basado en relaciones más próximas, en el ahondamiento del significado del trabajo, en el sentimiento de participación en la organización y, principalmente, en la libertad de vivenciarse, en la organización, los valores individuales.

Palabras clave: Trabajo, Espiritualidad, Religión, Organizaciones.

A busca por unidade, por integração, pelo transcendental, pelo sagrado, é uma das principais marcas da história da cultura humana. As explicações sociológicas no Ocidente para tal fenômeno têm convergido, nos últimos séculos, para a atribuição de sentido do mundo que rodeia o indivíduo (Durkheim, 1996). Vida, morte, trabalho e relações sociais são algumas das questões para as quais se buscam respostas. Para Berger (1985), esse processo de nominação atua em sentido compensatório para processos sociais anômicos, que são centrais na sociologia durkheimiana.

Durante um longo período, no Ocidente, Igreja e Estado se confundiram. No entanto, nos últimos séculos, essas sociedades vêm sendo marcadas pelo movimento de desencantamento do mundo (eliminação da magia) e de secularização (Weber, 1999). Isso envolve quatro questões fundamentais: o declínio da religião como potência, a subtração do *status* religioso, a tendência à privatização da religião e a

substituição crescente das explicações religiosas pela racionalidade científica (Berger, 1985).

Diante do processo de secularização, a religião independe cada vez mais da regulação das instituições que antes eram detentoras do poder de dar sentido à vida da sociedade e do indivíduo. A religião passa a ser, dessa forma, operacionalizada por indivíduos e por várias tradições disseminadas de forma subjetiva, fragmentada e fluida (Portella, 2006). Portanto, não se pode dizer que haja menos religião, mas sim, que há uma realocação do religioso na sociedade atual, pois, mesmo diante da perda da institucionalização religiosa, houve uma revitalização fragmentada, individualizada, instável e particular da religião.

Diversas razões poderiam ser atribuídas para a secularização e a fragmentação religiosa, nas quais se observa a busca por novas concepções e experiências religiosas/espirituais: o fim da Guerra Fria, a instabilidade internacional, o terrorismo, novas doenças e até mesmo o declínio da importância de alguns valores – tradição, conformidade, benevolência e segurança (Ashar & Lane-Mahar, 2004; Pauchant, 2002).

O fato é que, em termos cotidianos, para sobreviver, as pessoas têm abandonado ou secularizado muitos de seus valores, de suas aspirações e de suas motivações, além de individualizar as experiências que tinham um caráter social inicialmente. Esse ambiente crescentemente anômico, com perdas importantes de sentido e de significado, tem acarretado, segundo Pauchant (2002), sérios problemas para as pessoas, como, por exemplo, depressão, aumento da dependência química, *workaholism*.

De certa forma, o ambiente organizacional vem estabelecer-se como mais uma instituição provedora de sentido, de ordem e de benefícios ao sujeito e ao grupo, característica que era própria dos sistemas religiosos, segundo Portella (2006). Assim sendo, buscar sentido de vida, identidades individual e social por meio do trabalho – como é apontado por Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) – insere-se em um novo paradigma de individualização e de autonomia da experiência religiosa (Portella, 2006).

Nesse cenário, a busca é por um ambiente que não está mais centrado no controle, na hierarquia, na obediência, mas sim, no desenvolvimento pessoal, no autoconhecimento, na utilização da intuição e na valorização da criatividade. Essas práticas organizacionais têm por objetivo principal trazer para gerentes e colaboradores melhor ambiente de trabalho, centrado na busca de melhor qualidade de vida, a qual pode ser definida como um estado de saúde física, cultural, profissional e também espiritual, segundo Limongi-França (2003).

Dessa forma, constitui-se como objetivo geral do artigo discutir a contribuição que a religião e a espiritualidade podem ter para a continuidade da busca constante de identidade e de satisfação do trabalhador no ambiente privilegiado das organizações. Assim, algumas perguntas norteiam o presente artigo: a) É possível alguma aplicação de religião e de espiritualidade no contexto organizacional?; b) Há contribuições mensuráveis da religião e da espiritualidade para os trabalhadores e para as organizações?

Para otimizar a reflexão de tais questões, o artigo foi dividido em quatro partes, nas quais se pretende: 1) esclarecer os conceitos de religião e de espiritualidade; 2) discutir como esses conceitos têm sido concebidos para o contexto organizacional; 3) refletir sobre o impacto da religião no ambiente das organizações a partir de dados primários de um estudo sobre sofrimento e prazer no trabalho de líderes religiosos; 4) fazer uma revisão sobre a aplicação do conceito de espiritualidade,

ressaltando-se o exemplo de uma empresa americana de aviação que utiliza tal concepção.

Religião e espiritualidade: algumas diferenças conceituais

A diversidade conceitual e multidisciplinar dos termos religião e espiritualidade impede a existência de uma definição que atenda a todos os anseios científicos. As diversas considerações teológicas, sociológicas, filosóficas e até mesmo psicológicas (Freud, por exemplo, também tratou sobre religião em alguns de seus textos) desses termos muitas vezes se confundem. Para King e Crowther (2004), advogam que a definição desses constructos carece de refinamento, e, por isso, são usados muitas vezes como sinônimos. Assim, as definições apresentadas aqui valem apenas para demonstrar a influência da religião e da espiritualidade nas atitudes e nos comportamentos dos indivíduos, o que pode ser de grande valia para os estudos ligados ao ambiente organizacional.

A partir do étimo latino, a palavra religião procede de *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e pelo verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Segundo Chauí (2001), a religião é um vínculo entre o profano e o sagrado, isto é, entre a Natureza (água, fogo, ar, animais, etc) e as divindades que nela habitam. Para Dürkheim (1996), a religião pode ser definida como um sistema solidário de crenças e práticas relativo a entidades sacras e que une, em uma mesma comunidade moral, todos os que a ela aderem. Segundo Wildes (1995), religião é um conjunto de crenças, leis e ritos que visam a um poder que o homem considera supremo, do qual é dependente e com o qual tem um relacionamento e obtém favores. Trata-se, portanto, de questões sagradas, exercidas no seio de uma instituição, ligadas às estruturas formais, rígidas, dogmáticas e, principalmente, relacionadas às questões do além-morte (religiões de salvação).

Embora esteja ligado a um sistema de dogmas, de crenças, de rituais e de ações, o movimento acelerado de secularização (separação da Igreja e do Estado das distintas esferas sociais) apontado por Berger (1985) trouxe a possibilidade de transformação dos sistemas religiosos, o que torna a religião cada vez mais presente na vida privada dos indivíduos.

Já a espiritualidade se refere a uma questão de natureza pessoal para a compreensão de respostas a questões fundamentais da vida, sobre significado, o qual pode (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006). Para Hill e Pargament (2003), a espiritualidade está ligada a aspectos subjetivos da experiência de busca pelo sagrado, processo através do qual as pessoas procuram descobrir e, em alguns casos, transformar aquilo que há de sagrado em suas vidas. Segundo Unruh, Versnel e Kerr (2002), duas noções importantes merecem ser destacadas na definição de espiritualidade: 1) transcendência: ligada a uma experiência fora do campo existencial do dia a dia; 2) conexidade: ligação com as pessoas, com a natureza e com o cosmos, seja ela de caráter intrapessoal, interpessoal ou transpessoal.

Diante do apresentado, parece haver uma complementaridade e não uma polarização conceitual, já que religião está ligada ao sistema institucionalizado, e a espiritualidade, à experiência de caráter mais individualizado. King e Crowther (2004) seguem nessa mesma direção, afirmando que não poderia ocorrer uma diferenciação entre religião e espiritualidade, já que todas as formas de expressão

espiritual em um contexto social e todas as tradições de fé organizadas são interessantes no ordenamento de questões pessoais.

Diante disso, haveria alguma possibilidade de integração entre os conceitos religião e espiritualidade ao mundo organizacional? Quais as especificidades desses conceitos que possibilitam uma intersecção profícua com o meio empresarial (devido ao fato de sua aplicação favorecer a melhoria da atividade e do ambiente de trabalho) e que, concomitantemente, os diferencia de outros conceitos? É isso que será abordado a seguir.

Religião e espiritualidade no contexto organizacional

As mudanças constantes do modelo de gestão organizacional, influenciadas pelas transformações dos moldes econômicos e sociais, impõem uma sociedade mais livre e democrática, que impossibilita um controle explícito do trabalhador. Os modelos administrativos têm evoluído para posturas mais participativas, o que abre espaço para um investimento afetivo, emocional e até mesmo espiritual no trabalho. Esse investimento perpassa pela consideração de tratar as pessoas de um modo completo, o que significa entendê-las e responder às suas necessidades materiais e não materiais.

De acordo com Ashforth e Pratt (2003), a prática da espiritualidade no trabalho já é bastante comum em várias empresas. No Banco Mundial, por exemplo, os empregados sentam-se num semicírculo durante uma hora, semanalmente, para discutirem assuntos de caráter espiritual/religioso. Já nas empresas Taco Bell e Pizza Hut, capelães foram contratados para “administrar” as necessidades espirituais dos colaboradores. Na Monsanto, especialistas ensinam técnicas budistas de meditação para empregados e gerentes (Ashar & Lane-Maher, 2004).

Do ponto de vista da organização, a expansão desse movimento de espiritualidade no trabalho insere-se em uma perspectiva organizacional vinculada a uma postura mais humanista diante do mundo. Para Cavanagh (1999), as empresas têm adotado uma axiologia mais transcendental, ligada a valores como paz interior, verdade, respeito e honestidade, que se relaciona a uma busca por significado, por equilíbrio e por humanização e por maior integração da empresa com a sociedade.

Uma outra razão que ampara a ênfase da espiritualidade no trabalho, segundo Berthouzoz (2002), refere-se à crença na reciprocidade de práticas de negócios mais éticas e humanas como uma pré-condição para o estabelecimento de economias de mercado mais efetivas. Para esse autor, a falta de confiabilidade e de confiança entre os parceiros aumenta, em muito, custos e juros pagos por novos contratos. Assim, a valorização da ética e da humanização nos negócios implica maior vantagem em termos de qualidade (possibilidade de melhores parceiros), de adaptabilidade e de baixos custos (inspeções e outras políticas contratuais tornam-se desnecessárias) para a realização de novos negócios.

De acordo com Pauchant (2002), a espiritualidade no contexto do trabalho não está ligada a um sistema religioso, a uma tipologia específica, nem mesmo a uma ritualística organizada ou a um proselitismo dentro das organizações. Ela não envolve rituais, doutrinas ou crenças religiosas institucionalizadas, ainda que carregue valores comuns à maioria das religiões. Esse autor considera a espiritualidade no contexto organizacional uma forma de humanização e uma nova perspectiva de auto-realização no trabalho.

Já para Giacalone e Jurkiewicz (2003), a espiritualidade no trabalho é um conjunto de valores organizacionais que se evidencia na cultura da organização e que

promove uma experiência de transcendência do empregado (por meio do progresso do trabalho) e ainda sentimentos de completude e alegria por meio de sua conexão com outros.

A espiritualidade no trabalho refere-se, segundo King (1997), à valorização de um axioma (sentimentos de totalidade, de alegria, de significado e de sentido) que impulsiona a experiência de transcendência do trabalho e, como resultado, faz o trabalhador sentir-se conectado com os colegas, com a empresa, com a sociedade e até mesmo com o transcendente. Trata-se de ter um sentido identificado na atividade laboral e de legitimá-lo por meio do suporte social e do compartilhamento de valores com o coletivo de trabalho, possibilitando, assim, a construção de uma comunidade em que se supera o senso individual e em que se permite um significado e uma satisfação maiores (Ashar & Lane-Maher, 2004; Cavanagh, 1999; Fox, 1994). Por isso, para King e Crowther (2004), os constructos espiritualidade e religião podem ser valiosos para os estudos organizacionais, principalmente no que se refere à busca por satisfação, ao combate ao estresse e ao absenteísmo no trabalho.

Para Mitroff e Denton (1999), a religião mostrar-se-ia inadaptável ao contexto organizacional devido à sua falta de congruência, ao uso de dogmas e, sobretudo, pela falta de relação com os problemas complexos e concretos do mundo atual. Contrário a isso, Berthouzoz (2002) destaca que os sistemas religiosos podem proporcionar uma compreensão mais concreta da existência humana, dos direitos e obrigações, dos conteúdos da vida pessoal e das relações sociais, ou seja, de fatores fundamentais para o significado do próprio trabalho na sociedade atual.

De acordo com Hill e Pargament (2003), a rejeição dos aspectos da religião no mundo organizacional baseia-se em dois fatores: 1) religião parece aos gestores e administradores um constructo menos central e importante; e 2) religião e espiritualidade são conceitos que estão fora do escopo do estudo científico e remontam a uma época anterior ao desenvolvimento científico racional.

A rejeição dos aspectos religiosos e espirituais em algumas organizações mostra-se paradoxal, visto que o próprio mercado adota uma ideologia igualmente dogmática e normativa. Esse paradoxo ocorre à medida que o mercado econômico, por exemplo, tende a se tornar uma religião que liga várias pessoas e organizações, ações e comportamentos. Segundo Cox (1999), essa nova religião do mercado tem se tornado a mais significativa opção para muitos empresários, quando comparada às religiões tradicionais ocidentais.

Em estudo com 36 grandes empresas multinacionais, Collins e Porras (1995) apontam similaridades entre a cultura organizacional dessas empresas e a cultura dos sistemas religiosos tradicionalmente conhecidos. Para tanto, os autores avaliaram seis aspectos que aproximam a cultura dessas empresas à de algumas igrejas, quais sejam: lealdade, dedicação, ideologia fervorosamente seguida, doutrinação, influência no comportamento dos funcionários para que seja condizente com a ideologia da empresa e elitismo, que se traduz em fazer parte de algo especial ou superior. Para esses autores, o ambiente de trabalho imposto por essas empresas não se diferencia do vivenciado em muitas organizações religiosas tradicionais.

Diante do exposto, podemos afirmar que a religião e a espiritualidade estão presentes de uma forma ou de outra no contexto organizacional. Além disso, elas continuam a exercer uma função importante na sociedade contemporânea, embora em novas bases, ligadas ao processo de secularização, de hegemonia explicativa da ciência e de sua racionalidade. De qualquer forma, as relações entre religião e

espiritualidade no contexto do trabalho ainda são uma temática que demanda outras investigações e reflexões.

A partir dessa conclusão, questiona-se: que tipos de benefícios podem ser observados com a promoção da religião ou da espiritualidade nas empresas? Para tentar responder a essa pergunta, são demonstrados, a seguir, dois exemplos de aplicação desses conceitos: o primeiro ressalta a utilização da religião como uma ferramenta de busca de prazer no trabalho em uma organização religiosa; o segundo evidencia algumas vantagens da utilização do conceito de espiritualidade em uma empresa de aviação.

Religião e prazer-sofrimento no trabalho

Embora tradicionalmente sejam reconhecidos por seus aspectos sagrados, em contraste com os valores secularizados das empresas que visam ao lucro financeiro, os sistemas religiosos tradicionais vêm transformando-se a fim de competir com outros sistemas de significação existencial (Berger, 1985), o que os torna menos “sacralizados”. A adaptação desses sistemas a um novo cenário crescentemente globalizado e competitivo traz uma convergência para uma visão mercantilizada de gerenciamento organizacional (Moore, 2004).

O fato é que, crescentemente, as organizações religiosas contemporâneas se aproximam de organizações não-religiosas, seja por seus modelos de gerenciamento, seja pela incorporação de outros sistemas axiológicos. Para Silva (2007), o ambiente das organizações religiosas acabou integrando características próprias das mudanças sociais e laborais, sobretudo as ligadas à liderança de instituições não religiosas, quais sejam: maior flexibilidade na produção, variabilidade de competências, carga maior de trabalho, decisões cada vez mais rápidas e, principalmente, uma produtividade cada vez maior, seja ela simbólica ou real.

Essa aproximação das organizações religiosas aos modelos seculares é evidenciada também pela análise do nível de concorrência entre as organizações religiosas (Berger, 1985). Para Guerra (2003), esse novo *ethos* do consumo entre as organizações religiosas faz com que o cenário religioso esteja atento também para as características da demanda de seus consumidores, assim como na lógica de mercado hegemônica na sociedade. Isso pode ser observado quando igrejas e denominações moldam suas mensagens, suas atividades e seus estilos de celebração direcionadas a maior consonância com a demanda de seus fiéis (Silva, 2007).

Em estudo realizado com 200 líderes de duas denominações protestantes brasileiras, uma de caráter tradicional e outra neopentecostal, Silva (2007) observou uma forte percepção de prazer e uma percepção mais moderada de sofrimento no trabalho daqueles líderes. Para o autor, esse prazer não está ligado apenas à vivência transcendental da religião em si, mas sim, e principalmente, a aspectos da relação indivíduo/organização, resumidos em três aspectos: a) a estrutura gerencial da igreja permite uma relativa liberdade de ação, fundamentalmente no que se refere à incorporação de valores pessoais à atividade laboral, o que contribui para o desenvolvimento da criatividade, da intuição e da autonomia; b) a questão vocacional desses líderes proporciona um sentido maior ao trabalho realizado; c) a possibilidade de ser útil e de sentir-se parte da organização por meio do serviço à comunidade. Esses resultados, apesar da especificidade do trabalho (organizações religiosas) no que diz respeito, sobretudo, ao aspecto vocacional desses líderes, em

seu conjunto, coadunam-se com outros estudos que apontam uma alta satisfação e criatividade em trabalhadores que também vivenciam essa religiosidade no ambiente de trabalho (Ashmos & Duchon, 2000; Mitroff & Denton, 1999; Pauchant, 2002).

A diversidade de atividades, a exigência moral, a lida constante com problemas pessoais (do outro), a falta de metas claras e a falta de objetividade, tal qual em outras atividades profissionais, foram apontadas por Silva (2007) como as principais razões do sofrimento dos líderes religiosos pesquisados. Nesse sentido, o autor afirma que a religião, com suas práticas de leitura da Bíblia, de meditação e de oração serviam como via privilegiada de defesa daqueles líderes religiosos contra o sofrimento no trabalho.

Para Silva (2007), a religião mostrou-se eficiente para aqueles líderes religiosos à medida que também é uma possibilidade de dar significado à vida. Nesse sentido, Dalgarrondo (2008) advoga que a religião propicia uma perspectiva de vida na qual o sofrimento, as doenças e a morte passam a ser algo dotado de sentido, o que leva a uma vida mais tolerável e saudável psicologicamente.

Cada conjunto profissional encontra sua forma de lidar com o sofrimento (Dejours, Abdouchelli, & Jayet, 1994). Para os trabalhadores da pesquisa de Silva (2007), no entanto, a busca religiosa se descortina não como uma forma auxiliar na vida não-laboral, mas como uma saída presente na própria atividade laboral. Esse tipo de enfrentamento no trabalho, por meio da religião, pode gerar um repertório de novas atitudes também no campo das relações pessoais e dos comportamentos individual e social (Moore, 2004).

Pode-se falar na possibilidade de o trabalhador ter uma ferramenta a mais para enfrentar o sofrimento, seja de forma individual, seja coletiva, por meio da religião e/ou da espiritualidade. Tal perspectiva apresenta possibilidades potenciais de ser adotada nas organizações, já que não se prende apenas à satisfação dos aspectos físicos, emocionais ou mentais, como o conceito de motivação, por exemplo (Barret, 1998), mas, antes, pode proporcionar sentido à vida organizacional, individual e também social.

Espiritualidade no trabalho e ganhos organizacionais

Inseridas em um contexto social marcado por incertezas e instabilidades, as organizações tendem a assumir um papel cada vez maior enquanto fornecedoras de identidade social e individual, o que transpõe o espaço do privado e estabelece com o indivíduo uma relação de referência total (Freitas, 2000). Não são raros os casos de pessoas nas empresas que têm nos colegas de trabalho seu único ou principal círculo social, ou seja, a empresa se torna também a extensão do próprio lar dessas pessoas, implicando a criação de espaço de vivências sociais (não apenas aquelas ligadas às atividades laborais).

Para Ashar e Lane-Maher (2004), a utilização cada vez maior da espiritualidade no trabalho ancora-se, fundamentalmente, na constatação de que ela melhora o clima organizacional e a satisfação no trabalho. Além disso, alguns autores, como Kouzes e Posner (2003) e Barret (1998), apontam outras mudanças ligadas à maior lucratividade das empresas, como, por exemplo, uma supervalorização das ações (12 vezes) e uma taxa de retorno sobre o investimento de 418%, resultante, principalmente, de melhor qualidade do trabalho e de melhores relacionamentos entre companheiros de atividades.

Alguns exemplos da aplicação da espiritualidade no trabalho vêm de empresas multinacionais como Xerox, Mary Kay Cosmetics, Exxon, Harley Davidson, Boeing,

Sun Microsystems, Timberland, Wal-Mart (Bell & Taylor, 2004; Kinjerski, 2004; Pauchant, 2002). Entre tantas, vale a pena destacar a Southwest Airlines (SWA), cujas características de gestão são identificadas como parte desse outro paradigma: a promoção da autenticidade, da participação dos empregados nas principais decisões da empresa e do respeito pela diversidade (Cunha, Rego, & D'Oliveira, 2006; Milliman, Czaplewski, & Ferguson, 2003). Ademais, a promoção de valores como compaixão e flexibilidade e o compartilhamento de idéias e de emoções entre os colaboradores têm proporcionado um forte sentimento de pertencimento e de comprometimento com a organização, o que tem feito da SWA uma referência na utilização do conceito em tela (Kinjerski, 2004; Korac-Kakabadse, Kouzmin, & Kakabadse, 2002; Milliman, Czaplewski, & Ferguson, 2003).

Os principais ganhos da SWA com esse modelo podem ser constatados pelo fato de a empresa: a) estar entre as 100 melhores empresas dos EUA para se trabalhar e entre as mais admiradas pelos clientes; b) ter as menores taxas de *turnover* entre as companhias aéreas (6.0%); c) ter gerado lucros desde sua fundação, em 1971; d) ter uma forte visão de responsabilidade social (Milliman, Ferguson, Trickett, & Condemi, 1999).

Sob um novo paradigma organizacional observado atualmente, não basta envolver mentalmente o empregado, é preciso também envolvê-lo emocionalmente com o seu trabalho (Cunha, Rego, & D'Oliveira, 2006; Freitas, 2000). Os exemplos mencionados da pesquisa com líderes religiosos e da Southwest Airlines (SWA) buscam mostrar como a espiritualidade e a religião podem ser constructos importantes no contexto das organizações.

Proporcionar relacionamentos mais próximos, ter claro o sentimento de pertencimento à organização e à comunidade bem como o significado do trabalho podem representar grandes contribuições para a melhoria não só da qualidade de vida do trabalhador mas também para a organização e para a sociedade, isso porque a ênfase não seria dada apenas à satisfação pessoal, à satisfação física, emocional e mental, mas sim, à consciência de fazer diferença, de ligar-se com o outro, de realizar uma atividade significativa para si e para o outro, seja ele organização ou sociedade envolvente.

Considerações finais

A discussão apresentada sobre religiosidade e espiritualidade no contexto de trabalho buscou mostrar que sua valorização e aplicação podem trazer benefícios para empresas e, principalmente, para trabalhadores. Tal consideração baseia-se no fato de que tanto a religião como a espiritualidade podem ser importantes para a satisfação e o bem-estar psicológico. Além disso, tal como explicitados por Dalgarrondo (2008), esses constructos são fundamentais para a obtenção de sentido e objetivos na vida, incluindo aí dimensões como ter esperança e ser otimista em relação ao futuro. Trata-se, portanto, de uma abertura para a inclusão desses conceitos na agenda das organizações, tanto no que se refere à relação com o trabalhador como na sua relação com outros *stakeholders*.

Sobretudo por conta do estabelecimento de ligação e até de formação de redes sociais entre os trabalhadores, a espiritualidade no ambiente de trabalho pode ser uma ferramenta a mais na construção de uma dinâmica organizacional eficiente. Já a religião, com a promoção de valores como solidariedade, compaixão, caridade e perdão, pode contribuir para trazer maior significado, maior coesão social e apoio mútuo para a atividade do trabalhador, o que pode melhorar, por exemplo, a

comunicação, o comprometimento, o trabalho em equipe e a motivação entre os trabalhadores, entre outras possibilidades.

Há de se considerar, contudo, que a ratificação desse paradigma se torna um desafio diante do cenário paradoxal organizacional, o que sugere outros estudos nessa temática, principalmente no que tange à verificação da aplicabilidade dos constructos discutidos em outras empresas e em outros grupos religiosos. Outra questão importante a se desenvolver em estudos posteriores refere-se aos aspectos éticos e morais da utilização da religião e da espiritualidade, a fim de não servirem de instrumentos de manipulação da gestão das empresas ou de disfarce para encobrir a precariedade do mercado de trabalho (instabilidade, desregulamentação, desemprego, terceirização, rebaixamento salarial, entre outros). O que se pretende é, na verdade, uma melhoria das condições, do conteúdo, do sentido do trabalho e um incentivo ao desenvolvimento pessoal, pelo gerenciamento baseado em uma atitude de maior discernimento, aceitação, escuta, flexibilidade e reflexão, e não em uma anestesia diante da precariedade do mundo do trabalho.

Outro ponto importante a ser mais bem estudado refere-se à influência da espiritualidade e da religião na consideração de outros tipos de benefícios para as empresas, sobretudo no papel dessas variáveis nas mediações entre a esfera individual e as esferas coletivas e sociais.

Enfim, não se trata aqui de uma panacéia para os problemas das corporações, mas sim, de conceitos que podem contribuir para a vida organizacional e também para a do trabalhador, já que religião e espiritualidade não são conceitos estanques das transformações por que passam a sociedade e as organizações hodiernas. Religião e espiritualidade parecem, assim, longe de estarem mortas e distantes da vida, como consideraram alguns.

Referências

- Ashar, H., & Lane-Maher, M. (2004). Success and spirituality in the new business paradigm. *Journal of Management Inquiry*, 13(3), 249-260.
- Ashforth, B. E., & Pratt, M. G. (2003). Institutionalized spirituality. An oxymoron? In R. A. Giacalone & C. L. Jurkiewicz. *Handbook of workplace spirituality and organizational performance* (pp. 91-107). New York: M. E. Sharpe.
- Ashmos, D. P., & Duchon, D. (2000). Spirituality at work. A conceptualization and measure. *Journal of Management Inquiry*, 9(2), 134 -145.
- Barret, R. (1998). *Libertando a alma da empresa. Como transformar a organização numa entidade viva*. São Paulo: Cultrix.
- Bell, E., & Taylor, S. (2004). A exaltação do trabalho: o poder pastoral e a ética do trabalho na nova era. *Revista de Administração de Empresas*, 44(2), 64-78.
- Berger, P. L. (1985). *O dossel sagrado. Elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulus.
- Berthouzoz, R. (2002). Economic efficiency, ethical foundations and spiritual values in the management of organizations. In T. Pauchant (Ed.), *Ethics and spirituality at*

work. Hopes and pitfalls of the search for meaning in organizations (pp. 30-77).

Westport, CT: Quorum.

Cavanagh, G. F. (1999). Spirituality for managers: Context and critique. *Journal of Organizational Change Management*, 12(3), 186-199.

Chauí, M. H. (2001). *Filosofia*. São Paulo: Ática.

Collins, J., & Porras, J. (1995). *Feitas para durar. Práticas bem sucedidas de empresas visionárias*. Rio de Janeiro: Rocco.

Cox, H. (1999). The market as God. Living in the new dispensation. *The Atlantic Monthly*, 283(3), 18-23.

Cunha, M. P., Rego, A., & D'Oliveira, T. (2006). Organizational spiritualities. An ideology -based typology. *Business & Society*, 45(2), 211-234.

Dalgalarrodo, P. (2008). *Religião, psicopatologia & saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Dejours, C., Abdouchelli, E., & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.

Durkheim, E. (1996). *Formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes.

Freitas, M. E. (2000). Contexto social e imaginário organizacional moderno. *Revista de Administração de Empresas (FGV)*, 40(2), 6-16.

Fox, M. (1994). *The reinvention of work*. New York: Harper San Francisco.

Giacalone, R. A., & Jurkiewicz, C. L. (2003). *Handbook of workplace spirituality and organizational performance*. New York: M. E. Sharpe.

Guerra, L. (2003). As influências da lógica mercadológica sobre as recentes transformações da Igreja Católica. *Revista de Estudos da Religião*, 2, 1-23.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.

King, U. (1997). Spirituality. In J. Hinnels (Ed.), *A new handbook of living religions*. London: Penguin.

King, J. E., & Crowther, M. R. (2004). The measurement of religiosity and spirituality. Examples and issues from psychology. *Journal of Organizational Change Management*, 17(1), 83-101.

- Kinjerski, V. (2004). *Exploring spirit at work: The interconnectedness of personality, personal actions, organizational features and the paths to spirit at work*. Tese de Doutorado em Ecologia Humana, Universidade de Alberta, Canadá.
- Korac-Kakabadse, N., Kouzmin, A., & Kakabadse, A. (2002). Spirituality and leadership praxis. *Journal of Managerial Psychology*, 17(3), 165-182.
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2003). *O desafio da liderança*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Limongi-França, A. C. (2003). *Qualidade de vida no trabalho – QVT. Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas.
- Milliman, J., Ferguson, J., Trickett, D., & Condemni, B. (1999). Spirit and community at Southwest Airlines: An investigation of a spiritual values-based model. *Journal of Organizational Change Management*, 12(3), 221-233.
- Milliman, J. F., Czaplewski, A. J., & Ferguson, J. (2003). Workplace spirituality and employee work attitudes. *Journal of Organizational Change Management*, 16(4), 426-447.
- Mitroff, I. I., & Denton, E. A. (1999). *A spiritual audit of corporate America: A hard look at spirituality, religion and values in the workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Moore, L. (2004). *Selling God: American religion in the market space of culture*. New York: Oxford University Press.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Pauchant, T. (2002). *Ethics na spirituality at work. Hopes and pitfalls of the search for meaning in organizations*. Westport: Quorum.
- Portella, R. (2006). Religião, sensibilidades religiosas e pós-modernidade da ciranda entre religião e secularização. *Revista de Estudos da Religião*, 29(6), 71-87.
- Silva, R. R. (2007). O trabalho de líderes religiosos em organizações protestantes neopentecostal e tradicional. In A. M. Mendes, *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 283-302). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Unruh, A. M., Versnel, J., & Kerr, N. (2002). Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 5-19.
- Weber, M. (1999). *Economia e sociedade*. Brasília, DF: Universidade de Brasília.
- Wildes, I. (1995). *Cultura religiosa: as religiões do mundo*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Anexo – 3

Artigo Científico utilizado nas discussões dos grupos focais

A ESPIRITUALIDADE NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SPIRITUALITY IN POPULAR HEALTH EDUCATION

Eymard Mourão Vasconcelos, Doutor em Medicina Tropical UFMG, professor da Faculdade de Medicina da UFPB, Endereço: Rua Gilvan Muribeca, 215/301, Bairro: Cabo Branco, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58045-220
E-mail: eymard@terra.com.br

RESUMO

A superação dos principais problemas de saúde exige modificações profundas do modo de vida, que só acontecem se é mobilizada uma grande "garra" nos pacientes e nos grupos. Encontra-se aí a força da espiritualidade como instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações profundas e sentidos últimos da existência individual e coletiva. Os portadores de doenças importantes vivem crises subjetivas intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes da subjetividade. Este trabalho estuda a espiritualidade na relação educativa entre profissionais e usuários dos serviços de saúde capaz de elaborar as motivações profundas que dão sustento aos redirecionamentos da vida necessários à superação da doença, expressão de uma crise de determinado modo de viver.

PALAVRAS-CHAVES: Espiritualidade; Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Terapias Espirituais.

ABSTRACT

Overcoming serious health problems requires profound changes in lifestyle that only occur when a strong desire is aroused in the patient and in groups. This is where we find the force of spirituality as an instrument to promote health, inasmuch as it deals with the less conscious dimensions of our beings where values, deep motivations and ultimate feelings of individual and group existence lie. Those who suffer from serious illness undergo intense subjective crises and dive deeply into unconscious dimensions of subjectivity. This paper studies spirituality in the educational relation between professionals and users of Health Services, capable of elaborating the deep motivations that sustain the life changes necessary to overcome illness, the expression of a crisis of a given way of life.

KEY-WORDS: Spirituality. Popular Health Education. Humanization of Health Care.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde sempre esteve ligado às práticas religiosas. Mesmo com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica, estudos antropológicos atuais têm mostrado que a consideração de dimensões religiosas

continua presente em todos estratos sociais como parte importante da compreensão do processo de adoecimento e cura. (IBÁNEZ; MARSIGLIA, 2000, p.50) Mas a visão dualista inerente ao paradigma newtoniano e cartesiano de ciência, que separa o mundo da matéria do mundo do espírito, tornou ilegítima a consideração das dimensões religiosas da vida humana na investigação da gênese das doenças e na busca de medidas terapêuticas. Por causa da suspeita do modelo newtoniano-cartesiano de ciência em relação à religião, profissionais, professores e pesquisadores do setor saúde se envergonham de trazer, para o debate científico e para a discussão aberta nos espaços de formação dos recursos humanos em saúde, os saberes e vivências religiosas tão importantes em suas vidas privadas. Desta forma, as práticas religiosas têm estado presentes no trabalho de saúde de forma pouco crítica e elaborada, na medida em que nele se infiltram de modo silencioso e não debatido.

A crescente manifestação de insatisfações ao modelo da biomedicina, o fortalecimento da crítica aos pressupostos filosóficos da racionalidade científica, a partir da segunda metade do século XX, e o surpreendente aumento dos movimentos religiosos, no final do século XX, criaram condições para o florescimento de uma extensa literatura de auto-ajuda, proclamando idéias e estratégias de saúde integradas a uma visão religiosa. Essas publicações passam a ser consumidas amplamente, tanto pela população como pelos profissionais de saúde. Apesar desta mudança cultural, os estudos acadêmicos em saúde continuam extremamente fechados à incorporação de aspectos religiosos no entendimento do processo de adoecimento e cura.

O avanço das ciências da religião, na medida em que possibilitou a criação de conceitos e análises desvinculados de uma tradição religiosa específica e, assim de uma linguagem comum, está possibilitando a discussão mais ampla deste tema de uma forma que supera parcialmente as usuais e tensas competições entre os vários grupos religiosos.

O atual predomínio epidemiológico das doenças crônico-degenerativas indica que a superação dos principais problemas de saúde exige modificações profundas do modo de vida que só acontecem se é mobilizada uma grande "garra" nos pacientes e nos grupos, algo que a educação em saúde tradicional, centrada no repasse de informações, pouco acrescenta. Encontra-se aí a força da espiritualidade como instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações profundas e sentidos últimos da existência individual e coletiva. Os portadores de doenças importantes vivem crises subjetivas intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes da subjetividade. É nessa elaboração subjetiva profunda que são construídos novos sentidos e significados para suas vidas capazes de mobilizá-los na difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde. Há uma milenar tradição do uso da espiritualidade no enfrentamento dos problemas de saúde que pode ser resgatada, mas que necessita ser atualizada para as atuais características da sociedade.

Este trabalho estuda a espiritualidade como instrumento e espaço de relação educativa entre profissionais e usuários dos serviços de saúde capaz de elaborar as motivações profundas que dão sustento aos redirecionamentos da vida necessários à superação da doença, expressão de uma crise de determinado modo de viver. Utiliza principalmente o instrumental teórico da psicologia junguiana e da educação popular.

2. Intuição, emoção e sensibilidade no trabalho em saúde.

O trabalho em saúde enfrenta problemas complexos, carregados de múltiplas dimensões, em que o conhecimento científico da biomedicina tem respostas apenas para alguns aspectos. A descrição de uma situação clínica usual nos serviços de saúde pode ajudar a evidenciar isto com mais clareza. Trata-se do caso de Pedrinho, que está numa crise persistente e grave de asma. Mas ele é muito mais do que este diagnóstico médico que o classifica. É filho de dona Marta, recém separada do marido e muito deprimida. A doença do filho reacendeu o ressentimento pelo abandono do marido. Ela está extremamente dispersa e inquieta, dificultando a organização dos cuidados do filho. A agitação da mãe está deixando o filho ainda mais angustiado e inseguro. Sua irritação criou grande conflito com os avós paternos de Pedrinho que moram próximos e poderiam ser importantes suportes em seu cuidado neste momento, uma vez que dona Marta trabalha fora de casa, em horário integral, e não pode acompanhar o filho durante o dia. Estudos estatísticos bem feitos e precisos podem ajudar o profissional de saúde a analisar o significado dos exames laboratoriais, a escolher os medicamentos para o Pedrinho e a identificar os fatores físicos presentes no ambiente doméstico mais prováveis de terem desencadeado a crise. Mas o restante da abordagem desta situação (a intervenção na família, o tipo de apoio à dona Marta e ao Pedrinho, a forma de buscar a mudança no ambiente doméstico para evitar novas crises, etc) não conta com orientações técnicas bem definidas orientadas pelas ciências médicas. Dependerá da capacidade de escuta dos sentimentos presentes, de uma discussão conjunta das possibilidades de organização do cuidado, da enunciação de palavras que acalmem e orientem, além do envolvimento da participação de outros profissionais, como a agente comunitária de saúde daquela rua. A consideração do tipo de cuidado doméstico que se conseguirá, após este diálogo, será importante, inclusive, para redefinir os medicamentos a serem prescritos, de forma a se adequarem aos horários disponíveis dos cuidadores e à disponibilidade de gastos financeiros. Estas condutas profissionais não encontram suporte claro e preciso nos grandes livros técnicos da biomedicina. E há, no serviço de saúde, uma fila de outras pessoas esperando serem atendidas, obrigando o profissional de saúde a ter pressa e impedindo a construção de um raciocínio lógico e cuidadoso sobre a abordagem do caso. Assim, nas condições usuais de funcionamento dos serviços de saúde, grande parte do comportamento profissional é intuitivo, ou seja, é orientado pela capacidade de perceber, discernir ou pressentir coisas, independentemente de raciocínio ou de análise. (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001, p.1640) O que orienta a intuição dos profissionais de saúde? Que espaços de formação têm se dedicado à discussão e elaboração destas condutas não definidas claramente pela ciência biomédica?

Ciências como a antropologia, a sociologia, a educação e a psicologia têm muito o que contribuir no esclarecimento das situações complexas em que os problemas de saúde se situam. Suas utilizações no setor saúde, apesar de serem tradicionalmente marcadas por muitas resistências, vêm sendo expandidas. Mas mesmo estas ciências humanas vêm passando por uma crise em que seus limites têm sido ressaltados. Um exemplo significativo é o da educação em saúde, que é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Na tradição teórica da educação em saúde, e mesmo da

educação popular em saúde, a intervenção pedagógica e os acontecimentos sociais tendem a ser analisados, valorizando aspectos relativos às trocas de saber, à incorporação de conhecimentos e ao jogo de poder presente nas relações estabelecidas. Ao deparar com a teia de significados simbólicos presente nos comportamentos, sentimentos, reações, rituais e discursos do dia-a-dia da população, o educador em saúde tende a interpretá-los para orientar um agir centrado no conhecimento. Nessa perspectiva, os símbolos e rituais utilizados pelo educador valem enquanto transmitem determinado conhecimento ou visão da realidade. Mas vem ficando cada vez mais evidente como que, na reorientação dos cuidados de saúde, a presença, o olhar e o afeto dos agentes de saúde são muito mais importantes do que a dimensão racional e lógica da palavra. A palavra parece repercutir muito mais quando expressa sentimentos e valores do que como elemento de transmissão de conhecimentos. A ampla expansão da rede escolar e dos meios de comunicação de massa nas últimas décadas fez superar a situação anterior em que a maioria da população não tinha acesso a informações básicas de saúde, fazendo com que a difusão de alguns conhecimentos tivesse grande impacto nas condições de saúde. Hoje, a carência de informações técnicas tornou-se relativamente menos importante, tornando mais significativas as práticas educativas que lidam com as motivações e os sentimentos envolvidos nos problemas de saúde. Mas neste campo de intervenção, as ciências humanas avançaram pouco para contribuir de forma mais precisa.

A crise de vida trazida pela doença significativa fragiliza o paciente e sua família, podendo quebrar as barreiras que protegem sua intimidade mais profunda, principalmente em relação às pessoas que lhe estão cuidando. A intimidade desarrumada, povoada de precariedades, é então exposta como nunca. Na vida agitada e competitiva da modernidade, a doença importante é uma das poucas situações que justifica e obriga a um repouso e a um isolamento prolongado. Nesta situação de silêncio, dor, dependência do cuidado de outros e encontro com a possibilidade de morte, sentimentos fortes de raiva, inveja, ressentimento, autopiedade, vulnerabilidade, medo, desespero, bem como fantasias e desejos confusos são evocados e parecem tomar a mente por períodos prolongados. Estas vivências emocionadas e dolorosas criam um estado de sensibilidade em que gestos pequenos dos cuidadores passam a ter um significado profundo. É um momento de intensa elaboração mental com questionamento dos valores que vinham norteando a sua vida. Neste sentido, o profissional de saúde, na medida em que trabalha com os momentos de crise mais intensa das pessoas, tem acesso e é envolvido num turbilhão nebuloso de sentimentos e pensamentos, em que elementos inconscientes da subjetividade se tornam poderosos. Pode-se dizer, em uma linguagem figurada, que o profissional de saúde, como poucos outros profissionais, se envolve com o “olho do fura-cão” da vida humana. Lida com situações de crise que podem levar a uma desorganização ainda maior da vida do paciente pela prisão às redes de mágoas, ressentimentos, perda da energia vital, confusão e destruição dos laços afetivos. Ou levar a uma reorganização da existência em direção a uma vida plena e saudável.

Jung (1994, p.123) afirmava: *o médico só age onde é tocado. Só o ferido cura*. Ou seja, quando o paciente perturba o profissional de saúde para além de sua mente consciente, mobilizando emoções e insights (compreensão de um problema pela súbita captação mental dos elementos adequados à sua solução) vindos do seu inconsciente, são despertados saberes, emoções e gestos com uma poderosa capacidade de esclarecimento e com grande potencial terapêutico. O profissional de saúde que tem uma máscara (couraça para tornar sua alma insensível e, assim, não

ameaçada, pela realidade emocional do paciente) tem pouca eficácia na transformação subjetiva de seu paciente.

Se as ações espontâneas, intuitivas e emocionadas já fazem parte da rotina dos serviços de saúde e podem ter um impacto positivo na implementação do cuidado em saúde, a solução passaria então por um incentivo à sua expansão? A análise deste tipo de ação espontânea dos profissionais de saúde mostra, no entanto, como em muitas situações ela tem gerado efeitos extremamente perversos. É freqüente a referência pela população de casos de grosseria de que foram vítimas nestes acessos de espontaneidade dos profissionais de saúde. Grosserias, preconceitos, agressões físicas, humilhações, afirmações deturpadoras da realidade, medidas terapêuticas intempestivas e erradas têm causado medo em relação à utilização dos serviços de saúde. A agressividade pode ter efeitos muito destrutivos, principalmente para as pessoas mais fragilizadas. Fecha canais de relacionamento, impedindo o desenvolvimento institucional e a construção coletiva de ações mais complexas.

O matemático, físico e filósofo francês, Blaise Pascal, já no século XVII, enfatizava a necessidade de se valorizar o desenvolvimento do espírito de fineza (*esprit de finesse*), cultivando uma atitude de sensibilidade aos outros e à natureza e de valorização da intuição, de forma a alimentar a ternura e o cuidado. Contrapunha-o à tendência, que já percebia forte em seu tempo, de predomínio do *esprit de géometrie* que prioriza o cálculo, a análise racional, o interesse e a vontade de poder. (BOFF, 1996, p.146) Mas como desenvolver este espírito de fineza, esta capacidade de perceber as dimensões sutis da realidade de saúde e doença?

3. Espiritualidade e educação popular

A Educação Popular, desde a sua origem nos meados do século XX, esteve muito ligada ao campo religioso, seja pela origem cristã de muitos de seus pioneiros, seja pela estreita ligação de suas práticas com as pastorais, principalmente da Igreja Católica, após o Golpe Militar de 1964. A partir dos anos 70, as igrejas cristãs, que conseguiram resistir à repressão política da ditadura, se tornaram espaços privilegiados de apoio às iniciativas de Educação Popular e, conseqüentemente, de delineamento de suas características. No entanto, a produção acadêmica sobre Educação Popular, refletindo o dualismo da ciência que divide o mundo em dois (o empírico e o espiritual ou, no dizer de Descartes, a natureza, de um lado, e a graça em teologia do outro (DUROZOI; ROUSSEL, 1996, p.141)), tendeu a ver a associação com o religioso como circunstancial. A religiosidade presente na maioria das práticas de Educação Popular seria apenas a linguagem de expressão possível, naquela cultura e naquele contexto político repressivo. A religiosidade presente em autores, como Paulo Freire, também foi percebida como peculiaridade de suas personalidades não aplicáveis à estrutura do pensamento e prática pedagógica da Educação Popular.

Não se quer, com isto, afirmar o caráter religioso da Educação Popular, mas, sim, que a forte presença da dimensão religiosa em suas práticas e na formulação de alguns dos pioneiros de sua sistematização teórica indica uma característica epistemológica de suas práticas que grande parte da reflexão sociológica e pedagógica não conseguiu captar. Se entendemos a religiosidade como a forma mais utilizada pela população para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva ou a articulação das dimensões conscientes e inconscientes de sua subjetividade e de seu imaginário coletivo, esta sua forte

presença significa um avanço em seu método de perceber e tratar as interações entre educador e educando em relação ao pensamento sociológico e pedagógico, ainda preso ao paradigma modernista que continuava dominante no final do século XX. Significa que a centralidade do diálogo, no método da Educação Popular, não se referia, nas suas práticas pedagógicas, apenas à dimensão do conhecimento e dos afetos e sensações conscientes, mas também às dimensões simbólicas do inconsciente presentes nas relações sociais. Nas práticas de Educação Popular conduzidas numa linguagem religiosa, dimensões inconscientes participam explicitamente de forma central dos diálogos que se estabelecem, através das metáforas da histórias míticas e dos símbolos da liturgia. Assim, o questionamento maior do saber popular, tão valorizado nas práticas de Educação Popular, ao pensamento moderno não está nos conhecimentos inusitados e surpreendentes que expressa sobre as estratégias da população adaptar-se à realidade onde vive, mas na sua maneira de estruturar o conhecimento de uma forma que integra dimensões racionais, intuitivas e emocionais. Seu maior ensinamento para os profissionais de formação científica, que com ele interagem, é epistêmico, ou seja, questiona o paradigma ou o modelo geral como o pensamento tem sido processado na produção e estruturação do conhecimento considerado válido pela sociedade moderna. Ele não está submetido à ditadura do saber aprendido consciente-mente e logicamente estruturado. Inclui e se articula com o saber que brota do corpo e que utiliza estados de inebriamento e excitação para se estruturar. Isto não foi captado pela maior parte da reflexão teórica sobre Educação Popular que se construiu.

O sociólogo chileno Cristian Parker afirma (VALLA, 2001) que o processo de modernização industrial, comandada pela lógica da ciência e da racionalidade técnica nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, resultou no que se pode chamar de um conforto mínimo para a maioria da população destas regiões do mundo. O relativo sucesso deste processo de modernização gerou o fenômeno da secularização, afastando o imaginário social da forma religiosa de organizar a subjetividade. Nestes locais, o discurso da modernidade foi incorporado fortemente até mesmo entre as classes populares. Já o processo de modernização na América Latina não teve um efeito claramente positivo para a maioria da população. Pelo contrário, aumentou enormemente a desigualdade e a percepção de subalternidade. Por esta razão o processo de substituição da mentalidade religiosa por uma visão centrada na razão e na lógica científica foi muito menor. Apesar das intensas mudanças econômicas e sociais em países como o Brasil, a população continua com uma visão religiosa muito profunda. Para ele e outros pesquisadores, a religião popular é uma das características mais importantes da cultura das classes populares latino-americanas. Ela é a forma particular e espontânea de expressar os caminhos que as classes populares escolhem para enfrentar suas dificuldades no cotidiano. A religião popular é um saber e uma linguagem de elaboração e expressão da dinâmica subjetiva, parte da cultura popular, em que a população se baseia para buscar o sentido de sua vida. Cria uma identidade mais coesa entre os grupos sociais, ajuda a enfrentar as ameaças e a ganhar novas energias para encarar a luta pela sobrevivência e pela alegria. Assim, a questão religiosa das classes populares não pode ser vista como uma questão tradicional e arcaica. O importante não seria constatar a importância da religião para as classes populares, mas a sua dinâmica de transformação, que a faz uma resposta atualizada e renovada às intensas transformações sociais que estão acontecendo. É um instrumento de protesto à lógica da modernidade que ampliou a desigualdade e a injustiça. Uma estratégia de

sobrevivência, em que a busca do sobrenatural tem a ver com a solução de problemas imediatos e cruciais e não com o investimento na vida após a morte.

Muitas das resistências dos intelectuais progressistas em valorizar a dimensão religiosa da população se devem à percepção de tratar-se de um campo marcado pela dominação de uma hierarquia religiosa que tem se mostrado historicamente bastante autoritária e dogmática, bem como vinculada freqüentemente ao poder político e econômico. Mas a importância da religiosidade na vida da população parece se dar não por uma identificação com estas hierarquias religiosas, mas pelo papel que ela assume na sua vida cotidiana. E há grandes diferenças entre a religiosidade popular e aquela difundida oficialmente. A religiosidade popular, como toda prática humana, é povoada de contradições e ambigüidades, de conformismo e resistência. A superação de suas dimensões negativas é um desafio a uma Educação Popular que a problematize. Mas, para isto, é preciso que se entenda a complexidade simbólica de suas práticas.

Neste sentido, a ênfase no conceito de espiritualidade, ao invés de religiosidade, pode ajudar a desbloquear resistências, uma vez que se refere a práticas não necessariamente ligadas às religiões. É um conceito que ressalta principalmente a dinâmica de aproximação com o eu profundo que não corresponde necessariamente aos caminhos padronizados difundidos pelas hierarquias religiosas tradicionais.

Desde 1974, estou envolvido com o movimento da Educação Popular no Brasil. Algumas destas reflexões começaram a ser feitas por mim, a partir de uma conversa, em 1981, com o padre Celestino Grilo, que trabalhava comigo na pastoral dos direitos humanos, no interior da Paraíba. Ele afirmava que muitos intelectuais colaboradores das iniciativas educacionais da Diocese de Guarabira desvalorizavam a religiosidade presente nos grupos. Aceitavam-na apenas como estratégia de inserção no meio popular, pois a Igreja era ali a única instituição que dava suporte ao trabalho educativo junto às classes populares daquela região rural. Recorriam à linguagem religiosa de forma utilitarista apenas para terem acesso à população e serem ouvidos. Sonhavam com o dia em que poderiam assumir a problematização das questões sociais de forma direta, objetiva e racional, sem ter que recorrer aos “volteios” da religiosidade. Ele notava, no entanto, que quando estes intelectuais organizavam iniciativas educativas, discutindo os problemas da população sem deixar espaço para ritos, comemorações, orações e dinâmicas reflexivas feitas de forma afetiva, os trabalhos não prosperavam.

Na luta pela cidadania, é usual utilizar a expressão tomada de consciência, referindo-se à apropriação da capacidade da consciência de conhecer os direitos e deveres que todos devem ter, principalmente por parte daqueles que não têm acesso a estes direitos. Esta conscientização sobre os direitos e os caminhos de luta para conquistá-los no jogo político é, de fato, fundamental. Mas Rolnik (1992) chama a atenção para sua insuficiência a partir de observação da realidade dos países mais avançados da Europa, onde há um sólido reconhecimento social dos direitos de cada cidadão que se traduz num grande respeito ao outro e, ao mesmo tempo, um distanciamento entre as pessoas, no que ela denominou de uma anestesia à interação afetiva, que se expressa por um cotidiano de solidão, apatia e sensação difusa de rejeição social. Há, então, um máximo reconhecimento do outro em sua condição de cidadania e um mínimo acolhimento do outro em sua totalidade. Na medida em que o inconsciente é o modo de apreensão e elaboração das dimensões invisíveis e misteriosas do ser humano integral, na construção de uma sociedade solidária, justa e saudável seria então também importante a tomada da

inconsciência, no sentido do cultivo na sociedade da capacidade de acolhimento afetivo e espiritual ao outro pelo aprendizado subjetivo da habilidade de lidar com as transformações e perturbações interiores que este encontro com a subjetividade profunda, de quem é diferente, desencadeia, em uma sociedade de massa em que as pessoas estão continuamente se cruzando. A valorização da tomada da inconsciência, integrada à tomada de consciência, aponta para um imaginário ético que vai além da luta pelo respeito aos direitos formais de todos. Orienta-se por uma ética que inclui também uma situação social de amplo acolhimento de cada cidadão em sua inteireza e, portanto, de extrema abertura ao processo de recriação subjetiva e de novos modos de existência. Uma sociedade que, além da justiça e direitos sociais reconhecidos, seja marcada pela intensa interação amorosa. Onde a abertura e entrega à processualidade da vida e às suas criativas e surpreendentes conseqüências sejam o valor maior.

O acréscimo da valorização da tomada da inconsciência à já bastante ressaltada tomada de consciência significa a incorporação do aprendizado de que, mais que respeitar o outro, é importante abrir-se ao outro, dispondo-se a viver a experiência de desapego aos arranjos subjetivos estabelecidos e consolidados em cada um, aceitando a impermanência da vida de forma mais radical.

Assim, pode-se dizer que uma Educação Popular restrita aos aspectos conscientes do problema humano é insuficiente porque não aborda as dimensões intuitiva, sensorial e emocional de forma integrada à razão. Na América Latina, as relações sociais no meio das classes populares não são marcadas por este distanciamento afetivo, pois elas não estão tão subjugadas ao modo racionalista e utilitarista de manejo da subjetividade trazida pela modernidade. O processo de tomada da inconsciência está muito mais precário entre os intelectuais e técnicos educadores que, com seu poder, têm grande capacidade de moldar as relações educativas em que participam. As suas práticas pedagógicas, que impõem abordagens restritas aos aspectos conscientes do problema humano, acabam tolhendo a entrada na cena educativa desta vivacidade intuitiva presente no popular. Acabam esvaziadas, como notava o padre Celestino Grilo, já em 1981.

A espiritualidade é um instrumento importante para a formação de sujeitos capazes de trabalhar pedagogicamente o problema humano em sua inteireza, levando tanto a uma tomada de consciência como a uma tomada da inconsciência. Esta Educação Popular mais integral é fundamental para as classes populares que, se ainda estão bastante conectadas com as dimensões da intuição, da emoção e da percepção sensorial na vida humana, carecem de maior integração com a dimensão da objetividade racional. Ela é também fundamental para os agentes eruditos envolvidos nas práticas educativas que podem aprender muito com a população sobre a valorização da intuição, sentidos e emoções no enfrentamento da vida. Talvez seja este o significado mais profundo da afirmação de Paulo Freire de que, na relação entre educador e educando, o aprendizado acontece nos dois sentidos. Nesta perspectiva, o aprendizado nos dois sentidos se refere também ao intercâmbio de emoções que resultam em transformações subjetivas profundas e imprevisíveis pela lógica racional. O aprendizado mais importante entre os técnicos e a população não é o de conhecimentos, mas aquele que se estabelece no diálogo entre os diferentes modos de processamento do ato de conhecer e de dar sentido à existência.

4. Uma educação em saúde para além da consciência.

No trabalho em saúde, a necessidade deste diálogo mais profundo é enorme. Os doentes e os grupos submetidos a situações de risco e sofrimento tendem estar muito conectados com as dimensões inconscientes da existência. Costumam estar passando por um intenso processo de tomada da inconsciência. Em conseqüência, estão muito carentes de orientações objetivas que não os deixem se perder nas tempestades emocionais interiores. O profissional, aberto para importância destas dimensões inconscientes do existir, pode usufruir do aprendizado que torna o trabalho em saúde tão fascinante e humanizador: o contato com a intensa vitalidade e o formidável dinamismo de processamento de sentidos e estratégias presentes na interioridade profunda do ser humano. Para isto, precisa se aproximar dos doentes não apenas como conselheiro, mas também como aprendiz. A experiência do outro, exposta e desnudada tão radicalmente pela cri-se, questiona e mobiliza. O desamparo do paciente fala dos desamparos interiores do próprio profissional, ajudando a evidenciá-los e, posteriormente, a entendê-los. Os mistérios do outro evocam a percepção dos próprios mistérios. O trabalho em saúde expõe o profissional a um fluxo de perturbações que exige uma grande capacidade de elaboração. A espiritualidade prepara para esta exposição e elaboração, evitando que as perturbações resultem em fechamentos e criação de mecanismos de defesa capazes de impedir novas relações profundas. Ao mesmo tempo, o trabalho em saúde pode ser um instrumento de fortalecimento da espiritualidade.

Nesta perspectiva de valorização dos aprendizados não intencionais, é importante ressaltar que os doentes e grupos em situação de risco e sofrimento ensinam não só aos profissionais, mas a toda comunidade. A doença é uma crise que manifesta as conseqüências de um determinado modo de viver individual ou da sociedade. A simples convivência com o doente gera reflexões e reações, principalmente se o profissional de saúde souber ajudar na compreensão mais clara dos fatores envolvidos na sua gênese e enfrentamento. O sofrimento trazido pela doença pode mobilizar poderosas energias coletivas de transformação, possibilitando rupturas e a implementação de iniciativas custosas e difíceis que muitas vezes vinham sendo adiadas, apesar de se saber a sua conveniência. Elas poderão ser ampliadas se o profissional de saúde reforçar os sentimentos solidários e contribuir na articulação de iniciativas já presentes de forma esparsa. A crise trazida por um problema de saúde importante desinstala o grupo social de comodismos e rotinas estabelecidas, abrindo o campo para transformações. A presença e participação de “doutores”, mais do que os conhecimentos que transmitem, têm uma grande força simbólica para a população, dando visibilidade a vontades e reforçando iniciativas consideradas secundárias. Assim, a experiência do enfrentamento de um problema específico de saúde pode contribuir para a formação de atores sociais ativos e de uma sociedade mais participativa e solidária.

Os doentes ensinam às pessoas a serem realistas, lembrando, para uma sociedade que vive das aparências e de costas para o sofrimento e para a morte, que o ser humano é limitado, frágil e mortal. Mesmo com todos os recursos tecnológicos e materiais desenvolvidos pela modernidade, todos vão morrer por meio de doenças e com algum sofrimento. O consumo individualista de todo o aparato de medicamentos, técnicas terapêuticas e cuidados de saúde não afasta o ser humano do enfrentamento do problema existencial que tem angustiando a humanidade desde os seus primórdios: o confronto com o sofrimento e a morte. Este velho confronto continua atual, apesar de todo esforço para escamoteá-lo. Os doentes ensinam, assim, que saúde é também uma adaptação equilibrada e habilidosa ao sofrimento, deficiência, doença, envelhecimento e morte que atingem

a vida de todos. A convivência com a morte e a aceitação das precariedades físicas, psicológicas e morais que cada um carrega abre a pessoa para o outro, formando-o para a solidariedade, na medida em que quebra a ilusão, difundida pelo individualismo do capitalismo, da pretensão de uma vida autônoma e fechada nos próprios interesses. Fica evidente que não se pode sobreviver com saúde sem uma intensa relação solidária com os outros. Assim, a doença, na medida em que pode fortalecer a interação solidária e a amorosidade, contribui para a saúde da sociedade.

Doentes que, com garra e sabedoria, mantêm a ternura, a generosidade, a capa-cidade de apoiar as pessoas e até a alegria, ensinam que o bom funcionamento físico do corpo, embora importante, não é o valor mais fundamental. Ao conseguirem manter uma vida cheia de trocas afetivas e ações solidárias, ajudam a relativizar valores e padrões da sociedade atual: a eficiência a qualquer custo, a competitividade e a ambição por dinheiro, poder e sucesso. Demonstram socialmente a existência no ser humano de forças interiores capazes de suplantar as mais duras adversidades. Ao receberem com gratidão o apoio de familiares e amigos, criam oportunidades para as pessoas treinarem e ampliarem sua capacidade amorosa.

Todos estes aprendizados e ensinamentos na relação entre profissionais de saúde, doentes, grupos submetidos a situações de risco e a sociedade podem ser ampliados e difundidos com a contribuição de educadores capazes de compreendê-los, explicitá-los e criar espaços de diálogo profundo onde as dimensões racional, emocional, intuitiva e sensorial possam ser compartilhadas e elaboradas. Na linguagem poética de Rolnik (1993), as palavras e gestos nascidos desta elaboração mais profunda são sementes carregadas de densa força de proliferação capazes de germinarem e alastrarem, de forma surpreendente, na subjetividade das pessoas envolvidas. São palavras e gestos que atuam não apenas no nível da consciência, mas também em estruturas mentais inconscientes com grande repercussão subjetiva. O que vem do inconsciente atinge mais incisivamente o inconsciente do interlocutor. A surpresa de muitos com o poder das iniciativas que surgem desta conexão com o eu profundo faz com que freqüentemente sejam referidas como milagrosas. O entusiasmo com as transformações que desencadeiam torna freqüente afirmações cheias de convicção do tipo: *a fé remove montanhas*.

Desse diálogo, denso de dimensões não facilmente reconhecidas pela razão, emergem não apenas transformações subjetivas e reorganizações familiares, mas também iniciativas políticas e novas formas de organização social que ajudam a criar uma sociedade mais justa, fraterna e amorosa. Uma sociedade mais saudável. A importância do que usualmente se denomina de força carismática de lideranças políticas na mobilização de iniciativas coletivas está correlacionada à capacidade de conectarem as suas atitudes com dimensões profundas da subjetividade, o que pode ser ilustrado por exemplos recentes, como Gandhi, Martin Luther King, Dalai Lama e Betinho.

A superação do dualismo entre racionalidade objetiva, de um lado, e a emoção, a intuição e a valorização da capacidade de percepção sensorial, de outro, vem sendo freqüentemente evocada em muitos discursos dos profissionais do campo da saúde e da educação. Mas não basta querer integrar. Seus caminhos são difíceis. Essa separação que, desde os gregos da Antiguidade, foi se consolidando no pensamento ocidental, tem justificativas legítimas. A emoção freqüentemente obscurece a razão. Nesse sentido, a integração, que agora se busca, não é um simples retorno a formas antigas de organização do pensamento e fazer humano,

mas uma nova forma de articulação entre essas dimensões, que incorpore o surpreendente avanço da racionalidade conquistado pela modernidade.

Para isso, os profissionais do campo da saúde e da educação necessitam enfatizar uma dimensão de sua formação que foi desvalorizada na academia, buscando um aprendizado que acontecerá, em grande parte, através da jornada de autoconhecimento nos porões da interioridade. Uma jornada longa, cheia de encruzilhadas, armadilhas e possibilidades, necessitando, por isso, de apoio e orientação através de grupos de reflexão, alguns tipos de psicoterapia, envolvimento em atividades artísticas, leituras, criação sistemática de espaços de recolhimento e do contato com a experiência acumulada por séculos nas tradições espirituais da humanidade. Uma jornada difícil, mas também simples, pois não depende tanto do aprendizado de saberes rebuscados e, sim, da abertura a capacidades, motivações, imagens e estruturas de pensamento que já habitam a parte pouco conhecida da mente humana, herdadas geneticamente, e da cultura. Ao invés de aprendizados sofisticados, exige mais é o reconhecimento e o afastamento de muitas atitudes de vida e expectativas aprendidas e inculcadas, no complexo processo de formação técnica, que preenchem a mente do profissional com um turbilhão de exigências, tomando o espaço e a energia para o encontro com suas motivações mais profundas e para a percepção atenta de sinais sutis emanados da realidade próxima. Exige mais silêncio do que estudos e treinamentos. É preciso não se perturbar tanto com as ansiosas exigências de eficácia e consumo da sociedade moderna por acreditar na potência de sabedoria e transformação presente na transcendência que habita a alma humana quando se cria, com tranquilidade, condições para sua manifestação ampliada. Esse é o sentido último da palavra fé, tão ressaltada nas várias tradições religiosas: ter coragem de deixar o caminho que parece ser o mais evidente e lógico para se chegar ao sucesso e dedicar ao caminho pouco claro (por não ser plenamente compreendido pela razão) da espiritualidade. É por isto que a metáfora religiosa insiste: a fé é cega. Esse caminho leva à simplicidade e ao desapego da pretensão de ostentação, pois relativiza a importância de tantos bens materiais e culturais anunciados como imperdíveis.

Nessa perspectiva, o saber da Educação Popular, ampliado com o instrumental da psicologia junguiana, das tradições espirituais e das ciências da religião, pode ajudar a resgatar, de uma forma mais elaborada e renovada, a milenar tradição de associação do trabalho em saúde com a espiritualidade, incorporando a dimensão de emancipação política, antes pouco enfatizada. Uma integração de saberes que muito contribuirá na incorporação de dimensões não cognitivas nas práticas educativas de uma forma explícita e assumida.

Durante toda a modernidade, sempre existiram profissionais de saúde que, apesar de formados dentro de uma racionalidade instrumental centrada na ação sobre o corpo biológico, souberam encontrar seus caminhos para uma ação ampliada sobre a dinâmica de luta pela vida diante das doenças. Educaram-se nas situações mais imprevistas em que a pulsação da vida diante da crise do viver se manifestou de forma tão intensa a ponto de romper com as viseiras de seu olhar treinado. O trabalho em saúde, como poucos, cria essas oportunidades. Foram profissionais muito respeitados em seu tempo e em sua comunidade e, muitas vezes, considerados heróis pela sociedade de seu tempo. Alguns, anônimos, foram heróis apenas para pacientes e familiares por eles atendidos. Outros foram enaltecidos em filmes, romances, poesias e na imprensa. Mas essa literatura não faz parte das referências bibliográficas legitimadas das disciplinas nas escolas de formação profissional em saúde. Nesses locais, se clama continuamente pela

humanização do trabalho em saúde, sem discutir seus caminhos, nem criar oportunidades de treinamento das habilidades necessárias. Apenas alguns professores, nos intervalos das disciplinas centradas na pesada carga de conhecimento técnico exigida, lançam reflexões esporádicas. Não basta termos alguns heróis anônimos ou reconhecidos. Basta o tempo em que esse tipo de postura diante dos problemas de saúde seja considerada uma prática alternativa. Algo enaltecido e admirado, até por ser raro. Basta o tempo em que essa busca é apenas o desafio de alguns. É preciso que esse tipo de preocupação se desdobre, em estudos bem estruturados que desvende de forma mais clara os caminhos da intervenção profunda sobre os problemas de saúde. E que esses estudos encontrem espaços planejados e amplos na formação de todos os profissionais de saúde.

Referências

- BOFF, L. **Ecologia - mundialização – espiritualidade**: a emergência de um novo paradigma. 2. ed. São Paulo: Ática, 1996.
- DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de Filosofia**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1996. 511p.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e Saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.49-74.
- INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JUNG, C.G. **Memórias, sonhos e reflexões**. 16. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
- ROLNIK, S. Cidadania e alteridade. In: _____. **A sombra das cidades**. São Paulo: Escuta, 1992.
- ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. In: **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: PUC-SP, 1993. p. 241-251.
- VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, Victor Vincent (Org.) **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p.113-139.

Submissão: agosto de 2004

Aprovação: setembro de 2004