



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

PRÓ- REITORIA ACADÊMICA – PRAC

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SARAH XAVIER VASCONCELOS DE FIALHO RODRIGUES

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NOS CUIDADOS
PALIATIVOS: UM OLHAR DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE
EXISTENCIAL**

Recife

2019

SARAH XAVIER VASCONCELOS DE FIALHO RODRIGUES

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM
OLHAR DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL**

Trabalho de tese apresentada à
Universidade Católica de Pernambuco como
parte dos requisitos para obtenção do título de
Doutor em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Família, Interação
Social e Saúde.

**Orientador: Prof.^a Dr.^a Marcus Túlio
Caldas.**

Recife

2019

F438e

Fialho, Sarah Xavier Vasconcelos de.

Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos :
um olhar da logoterapia e análise existencial / Sarah Xavier
Vasconcelos de Fialho, 2019.

126 f. : il.

Orientador: Marcus Túlio Caldas.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia.
Doutorado em Psicologia Clínica, 2019.

1. Fenomenologia existencial. 2. Logoterapia.
3. Religiosidade - Aspectos psicológicos. 4. Espiritualidade -
Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.9.072

SARAH XAVIER VASCONCELOS DE FIALHO RODRIGUES

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM
OLHAR DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL**

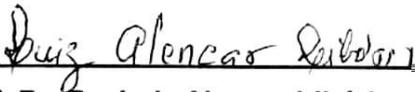
Trabalho de tese apresentado à Universidade Católica de Pernambuco –
UNICAP, como requisito para obtenção de título de doutora em Psicologia Clínica.

COMISSÃO JULGADORA:



Prof.ª. Dr.ª. Suely de Melo Santana

UNICAP



Prof. Dr. Pe. Luiz Alencar Libório

UNICAP



Prof. Dr. Thiago Antônio Avellar de Aquino

UFPB



Prof. Dr. Alisson de Meneses Pontes

UNILIFE



Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas

UNICAP

Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Recife, 30 de outubro de 2019

DEDICATÓRIA

Ao amor da minha vida, Bruno,
por ele e para ele esse sonho se
concretizou.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sentido maior da minha existência e da fé que sustentou e sustenta muitos, apesar da dor e do sofrimento. Certamente, Ele foi o motivo principal de toda sede e busca por essa área de estudo, pois, acima de tudo, Ele é a principal justificativa para o sustento de quem sofre e consolo de dores humanamente intoleráveis.

Aos meus pais, Everaldo e Alexandrina (*in memoriam*). Foi pela experiência de amor deles e por acompanhá-los até o fim, que me vi voltada a atender e estudar pacientes no final da vida. Serão eternamente minha maior inspiração de vida e de amor. Estão eternizados em mim!

Ao amor da minha vida, Bruno, que esteve comigo desde os meus estudos iniciais, acompanhou meu crescimento da imaturidade ao amadurecimento, em algumas situações, de forma brusca. Cresceu comigo e, com paciência admirável e desprendimento total, aceitou acompanhar-me em meus sonhos, abdicando muitas vezes dos seus. Por ele e para ele, a conclusão dessa tese foi possível. Escutou, motivou, abdicou, fortaleceu. Só nós dois e Deus sabemos como foi chegar até aqui!

Ao amor de minha família, fonte inesgotável de carinho e apoio. Aos meus irmãos, pelo entusiasmo e fé que depositaram em mim. Às sobrinhas tão amadas, pela alegria sem fim. Às cunhadas (os), pela irmandade e parceria construída. Aos sogros, por terem sido também pais, sempre disponíveis com acolhimento repleto de ternura e cuidado. Aos tios (as) e primos (as), pela torcida ao me acompanharem, mesmo de longe. E a vovó Bolota, que da eternidade permanece a interceder por mim, como fez ao acompanhar no início de meu doutorado. À todos esses minha eterna gratidão pela credibilidade e força que em mim depositaram. Todos tem meu amor sincero.

Às minhas amigas e amigos de sempre, de todas as horas, que com cada palavra de encorajamento e otimismo, sempre se fizeram presentes na minha vida. Gratidão também àqueles companheiros que fiz durante o doutorado, navegando juntos no mesmo barco, nos ajudávamos mutuamente, cada um em busca de seu propósito, mesmo com suas fragilidades, a caminhada se tornou mais leve e alegre com as parcerias construídas, principalmente nos momentos de maiores aflições acadêmicas.

Às amigas construídas no trabalho, que acompanharam a rotina atribulada,

foram motivação e compreensão ao darem suporte durante essa caminhada de estudos e trabalho, sempre proporcionando leveza e alegria na condução desse processo.

Às irmãs Dorotéias, mais uma vez me acolheram com carinho e grande prestatividade. A companhia e apoio delas foram fundamentais para a continuidade de meus estudos. Serei eternamente grata.

Aos professores, mestres do conhecimento e da vida, que com suas bagagens de conhecimento e sabedoria, nortearam e inspiraram caminhos para percorrermos com maior segurança.

Aos meus alunos, que puderam me acompanhar nesse percurso e de forma indireta participaram das minhas reflexões na construção da tese. Ao demonstrarem interesse nas minhas inquietações do estudo me estimularam a seguir refletindo e persistindo em busca da vida acadêmica.

Aos pacientes que pude acompanhar durante essa caminhada, que me permitiram encontros singulares, de grande aprendizado, mantendo acesa a paixão e vontade de seguir auxiliando a quem busca um sentido na vida, na dor e na morte. Eles serão sempre minha maior escola.

Ao Hospital Padre Zé, que me abriu as portas para realização da pesquisa e todos os participantes colaboradores da pesquisa, profissionais e pacientes, que com humildade e disponibilidade, acolheram a intenção dessa pesquisa de forma significativa. Gratidão aos profissionais que se disponibilizaram ao sair de suas rotinas e aos pacientes que se permitiram ao encontro e reflexão em momentos tão delicados de suas vidas. Só através deles seria possível chegar aos desdobramentos que essa tese permitiu.

Ao meu caro orientador, professor Marcus Túlio, que com sua humildade e sabedoria imensurável, guiou com leveza todo percurso desse estudo, contribuindo significativamente para o alcance dele ao estimular minha autonomia e capacidade acadêmica. À ele minha eterna admiração e carinho, como mestre, professor e amigo.

A todos os professores componentes da banca de avaliação dessa tese. Uns que já me acompanham desde meu início da caminhada acadêmica, outros que felizmente pude conhecer nessa fase, pela disponibilidade e compromisso ao contribuírem com a construção do conhecimento através da atenção ao que esse estudo buscou construir.

Ao professor e eterno mestre, Thiago Aquino, por ter aberto as portas do mundo acadêmico para mim. Mesmo em tempos difíceis, sempre me inspirou com sua responsabilidade perante a defesa da ciência, da liberdade do conhecimento e do legado da Logoterapia e Análise Existencial.

À Viktor Frankl e a Logoterapia e Análise Existencial, por ser meu ponto de partida ao olhar o homem e o mundo. E a filosofia dos Cuidados Paliativos, onde encontrei sentido no cuidar diante do sofrimento e da finitude da vida. Esses serão sempre meus parâmetros clínicos e acadêmicos, pelos quais tenho referência apaixonada, nos quais buscarei sempre me debruçar na construção do conhecimento.

À UNICAP por permitir e apostar na concretização desse estudo. Por sua postura compromissada com a defesa do conhecimento em prol de uma sociedade mais justa e em favor dos mais necessitados.

À CAPES pelo auxílio financeiro, através da Bolsa PROSUP-Taxa.

*“Quanto mais humanos pudermos ser,
mais seremos veículos para os
propósitos divinos”.*

(Viktor Frankl, 2011)

RESUMO

Rodrigues, S. X. V. F. (2019). *Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: um olhar da logoterapia e análise existencial*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

No contexto dos Cuidados Paliativos, um campo de cuidado voltado para a promoção de qualidade de vida e controle de sintomas no tratamento de doenças potencialmente ameaçadoras da vida, que considera as dimensões físicas, psicológica, sociais e espirituais na condução do tratamento por uma equipe multiprofissional, o contato com a morte ou a maior proximidade dela pode romper o equilíbrio individual, familiar e da equipe de cuidado. Nesse contexto, muitas pessoas buscam na espiritualidade ou religiosidade o apoio necessário, compreendendo-se a espiritualidade como a busca de um sentido na vida e a religiosidade como um caminho de representação dessa espiritualidade, a partir da visão de Viktor Frankl e a Logoterapia e Análise Existencial. Portanto, por uma visão fenomenológica, essa tese buscou compreender como a espiritualidade e a religiosidade são experienciadas por pacientes e profissionais da saúde de uma unidade de cuidados paliativos. O estudo foi realizado na cidade de João Pessoa-PB, em uma Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital público filantrópico. Foi realizada entrevista semiestruturada e individual, a partir de questões norteadoras referentes à experiência de cuidado espiritual e religioso para oito pacientes e sete profissionais da unidade paliativa. Os dados das entrevistas foram analisados pela estratégia qualitativa fenomenológica de Amedeo Giorgi. As unidades de sentido apreendidas nas entrevistas com os pacientes foram: Religiosidade, Experiência de cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais; Espiritualidade para além da religião e Experiências negativas associadas às crenças religiosas. E para os profissionais foram: Práticas religiosas; Religiosidade como influências culturais e familiares; Espiritualidade e religiosidade como fenômenos distintos; Cuidado Espiritual e religioso; Limitações ao cuidado espiritual e religioso. Foram propostas novas possibilidades de atenção à espiritualidade e religiosidade nos Cuidados Paliativos, a partir da interface dos sentidos analisados. A possibilidade de cuidado espiritual e religioso pensada, por uma responsabilidade de um trabalho conjunto da equipe paliativa, traz como ponto de partida o acolhimento total do paciente e sua

família, no recolhimento de sua história de vida e clínica e sua percepção de sentido na vida. Em seguida, traça-se o planejamento terapêutico do paciente, devendo ser acompanhado e revisto rotineiramente. Aliado a essa abordagem de cuidado, promove-se também outras estratégias como: a realização de formações continuadas nas reuniões clínicas, o acompanhamento sistematizado de grupos religiosos voluntários e a realização grupos de apoio aos profissionais envolvidos na palição. Os frutos dessa tese contribuíram para a literatura existente referente aos estudos acerca da espiritualidade e saúde e da assistência paliativa, bem como na efetivação do cuidado total que deve ser oferecido nos cuidados paliativos, promovendo a melhor qualidade de cuidado e suporte às equipes paliativas.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; espiritualidade; religiosidade; logoterapia; análise existencial.

ABSTRACT

Rodrigues, S. X. V. F. (2019). *Spirituality and religiosity in palliative care: a look of logotherapy and existential analysis*. Doctoral thesis. Postgraduate Program in Clinical Psychology, Catholic University of Pernambuco, Recife.

In the context of Palliative Care, a field of care focused on the promotion of quality of life and symptom control in the treatment of potentially life threatening diseases, which considers the physical, psychological, social and spiritual dimensions in conducting treatment by a multiprofessional team. contact with or near death can disrupt individual, family, and caregiver balance. In this context, many people seek the necessary support in spirituality or religiosity, understanding spirituality as the search for meaning in life and religiosity as a way of representing this spirituality, based on Viktor Frankl's vision and Logotherapy and Analysis. Existential Therefore, from a phenomenological perspective, this thesis sought to understand how spirituality and religiosity are experienced by patients and health professionals from a palliative care unit. The study was conducted in the city of João Pessoa-PB, in a Palliative Care Unit of a philanthropic public hospital. A semi-structured and individual interview was conducted based on guiding questions regarding the experience of spiritual and religious care for eight patients and seven professionals from the palliative unit. The interview data were analyzed by Amedeo Giorgi's phenomenological qualitative strategy. The units of meaning apprehended in the interviews with patients were: Religiosity, Experience of spiritual and religious care in interpersonal relationships; Spirituality Beyond Religion and Negative Experiences Associated with Religious Beliefs. And for the professionals were: Religious practices; Religiosity as cultural and family influences; Spirituality and religiosity as distinct phenomena; Spiritual and religious care; Limitations to spiritual and religious care. New possibilities of attention to spirituality and religiosity in Palliative Care were proposed, from the interface of the senses analyzed. The possibility of spiritual and religious care thought out, by the responsibility of a joint work of the palliative team, brings as a starting point the total reception of the patient and his family, in the recollection of their life and clinical history and their perception of meaning in life. . Thereafter, the patient's therapeutic planning is outlined and should be routinely monitored and reviewed. Coupled with this approach to care, other strategies are also promoted, such as: continuing training in clinical meetings,

systematic follow-up of voluntary religious groups and support groups for professionals involved in palliation. The fruits of this thesis contributed to the existing literature on studies on spirituality and health and palliative care, as well as the implementation of total care that should be offered in palliative care, promoting better quality of care and support to palliative teams.

Keywords: Palliative care; spirituality; religiosity; logotherapy ; existential analysis.

RESUMEN

Rodrigues, S. X. V. F. (2019). Espiritualidad y religiosidad en los cuidados paliativos: una mirada de la logoterapia y análisis existencial Tesis de doctorado. Programa de Postgrado en Psicología Clínica, Universidad Católica de Pernambuco, Recife.

En el contexto de los cuidados paliativos, un campo de atención se centró en la promoción de la calidad de vida y el control de los síntomas en el tratamiento de enfermedades potencialmente mortales, que considera las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales en la realización del tratamiento por un equipo multiprofesional. el contacto con o cerca de la muerte puede alterar el equilibrio individual, familiar y del cuidador. En este contexto, muchas personas buscan el apoyo necesario en espiritualidad o religiosidad, entendiendo la espiritualidad como la búsqueda de significado en la vida y la religiosidad como una forma de representar esta espiritualidad, basada en la visión y Logoterapia y Análisis de Viktor Frankl. Existencial Por lo tanto, desde una perspectiva fenomenológica, esta tesis buscó comprender cómo los pacientes y los profesionales de la salud experimentan la espiritualidad y la religiosidad desde una unidad de cuidados paliativos. El estudio se realizó en la ciudad de João Pessoa-PB, en una Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital público filantrópico. Se realizó una entrevista semiestructurada e individual basada en preguntas orientadoras sobre la experiencia de la atención espiritual y religiosa para ocho pacientes y siete profesionales de la unidad paliativa. Los datos de la entrevista fueron analizados por la estrategia cualitativa fenomenológica de Amedeo Giorgi. Las unidades de significado aprehendidas en las entrevistas con los pacientes fueron: Religiosidad, Experiencia de cuidado espiritual y religioso en las relaciones interpersonales; Espiritualidad más allá de la religión y experiencias negativas asociadas con las creencias religiosas. Y para los profesionales fueron: prácticas religiosas; La religiosidad como influencias culturales y familiares; Espiritualidad y religiosidad como fenómenos distintos; Cuidado espiritual y religioso; Limitaciones al cuidado espiritual y religioso. Se propusieron nuevas posibilidades de atención a la espiritualidad y la religiosidad en los cuidados paliativos, desde la interfaz de los sentidos analizados. La posibilidad de una atención espiritual y religiosa pensada, bajo la responsabilidad de un trabajo conjunto del equipo paliativo, trae como punto de partida la recepción total del

paciente y su familia, en el recuerdo de su vida y su historia clínica y su percepción del significado en la vida. . A partir de entonces, la planificación terapéutica del paciente se describe y debe ser monitoreada y revisada rutinariamente. Junto con este enfoque de atención, también se promueven otras estrategias, tales como: capacitación continua en reuniones clínicas, seguimiento sistemático de grupos religiosos voluntarios y grupos de apoyo para profesionales involucrados en paliación. Los frutos de esta tesis contribuyeron a la literatura existente sobre estudios sobre espiritualidad y salud y cuidados paliativos, así como a la implementación del cuidado total que debería ofrecerse en cuidados paliativos, promoviendo una mejor calidad de atención y apoyo a los equipos paliativos.

Palabras clave: Cuidados paliativos; espiritualidad; religiosidad; logoterapia; análisis existencial.

Lista de Figuras

Figura 1 - Primeira lei da ontologia dimensional proposta por Frankl	35
Figura 2 - Segunda lei da ontologia dimensional proposta por Frankl	35

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Número de publicações encontradas.....	53
Tabela 2 - Descrição dos artigos selecionados.....	54

Lista de Quadros

Quadro 1 - Profissionais colaboradores entrevistados	53
Quadro 2 - Pacientes colaboradores entrevistados	54
Quadro 3 - Unidades de sentido para pacientes colaboradores entrevistados.	60
Quadro 4 - Unidades de Sentido para profissionais colaboradores entrevistados	74
Quadro 5 - Possibilidades de cuidado espiritual e religioso na palição	85

Sumário

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	22
2 ESTADO DA ARTE DA RELAÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS	27
3 LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL	36
3.1 Espiritualidade e religiosidade pela ótica do sentido da vida.....	43
4 CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDADO TOTAL DIANTE DO SOFRIMENTO E DO MORRER	51
4.1 Os cuidados paliativos: uma abordagem de cuidado total	51
4.2 O sentido da morte: humanizando o morrer	54
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS	57
5.1 Cenário da pesquisa	58
5.2 Participantes	59
5.3 Instrumentos	61
5.4 Procedimentos de coleta dos dados	62
5.5 Procedimento de análise interpretativa dos dados	63
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
6.1 Sentidos de espiritualidade e religiosidade para pacientes em palição	65
6.2 Sentidos de espiritualidade e religiosidade para profissionais da palição.....	79
6.3 Possibilidades de cuidado espiritual e religioso no contexto paliativo: interface de sentidos	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	110
Apêndice A – TCLE	111
Apêndice B – Roteiros de questionário e entrevistas	119
ANEXOS	121
Anexo A – Parecer Comitê de Ética	122
Anexo B - Carta de Anuência	125

APRESENTAÇÃO

O trabalho de pesquisa que fundamentou a realização desta tese tem origem nas experiências vivenciadas nos percursos acadêmicos e na atuação profissional da pesquisadora, evidenciando uma trajetória de aprofundamento e reflexão, ao mesmo tempo em que se apresenta como um caminho aberto que se está a trilhar, permitindo novos olhares e novas possibilidades de experiências. Nesse sentido, será apresentada uma breve retomada do trajeto percorrido até aqui, a fim de possibilitar ao leitor a compreensão dos interesses, indagações e desfechos encontrados pela pesquisadora que motivaram a construção desse estudo.

No decorrer de minha formação acadêmica inicial, sempre houve interesse particular pela perspectiva dos estudos da espiritualidade humana e sua interface no contexto da saúde. Bem como o desejo de aprofundamento nas demandas psicológicas envolvidas no processo de morte e finitude. Desse modo, houve o envolvimento em atividades de pesquisa que se fizeram presentes na Graduação em Psicologia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ao participar como bolsista de Iniciação científica e participante do núcleo de estudos NOUS Espiritualidade e Saúde, através de envolvimento em pesquisas sobre concepções de morte, valores humanos e sentido da vida, tomando como base a teoria da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl. Essa experiência no grupo de estudos e de pesquisa possibilitou-me a formação e escolha da abordagem da logoterapia como instrumento teórico e técnico de direcionamento para minha atuação psicológica, bem como fundamento teórico de entendimento da espiritualidade humana e seus desdobramentos nas pesquisas acadêmicas.

Concomitante ao interesse e formação logoterapêutica, sempre possuí encantamento e preferência de trabalho na área hospitalar, especialmente na temática de morte e finitude, o que me fez ampliar interesse na abordagem dos Cuidados Paliativos. Desse modo, a primeira aproximação entre essas minhas duas áreas de interesse acadêmico e profissional foi efetivada em meu trabalho de conclusão de curso, no qual investiguei as aproximações teóricas e possibilidades de intervenções práticas logoterapêuticas no contexto dos Cuidados Paliativos.

Somado a esse interesse, durante a graduação passei por um momento de relevante significância em minha vida pessoal, com a morte de meus pais. No

processo de cuidado a eles pude me aproximar com maior propriedade e envolvimento do processo de perda e luto, bem como pude também experienciar de fato o processo de encontro de sentido no sofrimento e na morte, pois foi através da experiência de dor vivida com eles que decidi me debruçar e trabalhar no apoio a outras pessoas que pudessem também estar vivenciando o processo final da vida.

Depois de concluída a graduação, fiz residência multiprofissional em Cuidados Paliativos no Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira (IMIP/PE), o que trouxe maior formação e especialização nos Cuidados Paliativos. Minha formação como pesquisadora teve continuidade no Mestrado em Cuidados Paliativos (IMIP), no qual foi possível aproximar ainda mais minha atuação profissional, enquanto psicóloga logoterapeuta paliativista, aos interesses de pesquisa na linha de espiritualidade e saúde, investigando, através de pesquisa qualitativa, a experiência religiosa de pacientes sob cuidados paliativos, tomando sempre como referência a visão de espiritualidade e religiosidade de Viktor Frankl.

Essas experiências acadêmicas possibilitaram-me atuar como Psicóloga Clínica/Hospitalar na área paliativa e também como professora universitária na Graduação de cursos diversos (Odontologia, Letras, Pedagogia, História, dentre outras) e em Especializações (Logoterapia e Análise Existencial e Cuidados Paliativos). Dessa forma, meu campo de atuação e pesquisa foi se configurando na interface e possibilidades de relação entre a Psicologia e a Saúde, especialmente, entre a Logoterapia e os Cuidados Paliativos.

Por conta da minha experiência profissional no contexto da palição, bem como algumas indagações que surgiram a partir do mestrado, meu interesse em investigar a perspectiva da espiritualidade e religiosidade na palição se ampliou, tornando-se mais complexo. No Doutorado em Psicologia Clínica, realizado na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), direcionei-me para a ampliação do estudo das experiências de cuidado espiritual e religioso nos cuidados paliativos, ampliando o olhar para as experiências espirituais e religiosas de pacientes e de profissionais da palição, investigando as possibilidades de cuidado espiritual e religioso nessa área de cuidado, a partir do entendimento de espiritualidade e religiosidade defendido por Viktor Frankl. Para tal, vinculei-me ao Laboratório de Família, Interação Social e Saúde (LAFAM) contando com a orientação do Prof.^o Dr.^o Marcus Túlio Caldas.

O interesse no cuidado espiritual e religioso na palição surgiu da minha

experiência como psicóloga atuante nos cuidados paliativos, ao perceber as grandes demandas encontradas pelos pacientes na situação de vida em que se encontravam, bem como as dificuldades que a equipe de cuidado enfrentava ao lidar com tais demandas, o que tem possibilitado discutir sobre temáticas que perpassam a atuação do psicólogo, o contexto da palição e a prática de cuidado que requerem investigações/intervenções. Dentre várias temáticas, o cuidado espiritual e religioso nos cuidados paliativos provocou-me várias inquietações, por se apresentar como desafio recorrente no atendimento aos pacientes pela equipe, principalmente por ser exigido como um cuidado necessário na palição, e muitas vezes, os profissionais envolvidos referem não saber lidar com tais demandas.

Cada vez mais observações e estudos têm apontado para a importância da inclusão da dimensão espiritual e religiosa no manejo de tratamento de pacientes, trazendo para a equipe de cuidado a responsabilidade de acolher e intervir nas demandas que os pacientes apresentam. No entanto, algumas questões são suscitadas a partir dessas demandas. Como os pacientes se sentem cuidados em suas demandas espirituais e religiosas no atendimento paliativo que recebem? Como os profissionais tem lidado com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes em palição? É possível pensar em possibilidades de cuidado espiritual e religioso no contexto da palição? Essas e outras questões surgiram e mobilizaram o interesse em investigar a configuração do cuidado espiritual e religioso nos cuidados paliativos. Assim, um vasto e profícuo caminho de investigação descortinou-se, ampliando o campo de interesse para o estudo da espiritualidade e religiosidade no contexto dos cuidados paliativos.

É válido destacar que essa pesquisa foi realizada em um contexto peculiar, tanto em relação ao momento histórico e político, quanto econômico e social. Esse momento apresenta instabilidades que afetam diretamente a sociedade, interferindo assim no pensamento e posturas profissionais no contexto da saúde, principalmente no que se refere à possibilidade de mudanças que podem ser significativas no campo da assistência em saúde, o que foi possível perceber no contato com a experiência prática da pesquisa, especialmente pelo campo da pesquisa apresentar-se como um hospital público filantrópico.

Assim, o Doutorado trouxe a possibilidade de elaboração e desenvolvimento de um enfoque que amplia e contribui para o manejo espiritual e religioso na palição, considerando as repercussões destas possibilidades para melhor

qualidade na efetivação do cuidado paliativo, principalmente no que diz respeito à dimensão espiritual envolvida nesse cuidado, a partir do olhar integral ao paciente.

Como frutos desta pesquisa, pude realizar e orientar possibilidades de intervenções no contexto hospitalar de palição, ampliando o campo de intervenções e trazendo novas perspectivas de cuidado, visando contribuir com a melhor compreensão e atuação da equipe de cuidado nas demandas espirituais e religiosas de seus pacientes. Espero que este estudo amplie o conhecimento e inspire práticas interventivas que possibilitem um tratamento de melhor qualidade e verdadeiramente integral, através das equipes de assistência em Cuidado Paliativo.

1 INTRODUÇÃO

No contexto dos Cuidados Paliativos o contato com a morte ou a maior proximidade dela pode romper o equilíbrio individual, familiar e da equipe de cuidado. Desse modo, para lidar com a morte, muitas pessoas buscam na espiritualidade ou religiosidade o apoio necessário (Aquino & Zago, 2007).

No que se refere à espiritualidade humana, o mentor da Logoterapia e Análise Existencial, Viktor Frankl (1905-1997), aventa que o ser humano possui, além das dimensões psicológica e biológica, uma que lhe é inerente, sendo ela a que o torna especificamente humano, a dimensão noética, noológica ou também nomeada dimensão espiritual humana, que deve ser considerada assim como as demais no contexto de cuidado. É nela onde se encontra a capacidade que o homem possui de se distanciar não apenas de uma situação, mas também distanciar-se de si mesmo, tomando uma atitude com respeito a si mesmo e assumindo uma posição ao colocar-se diante de seus condicionantes psíquicos e biológicos (Frankl, 2011).

Estudos evidenciaram como a dimensão noológica defendida por Frankl influencia a dimensão psíquica e somática, através das relações entre religiosidade/espiritualidade e sentido da vida no contexto do HIV/AIDS, sugerindo a importância de abordar tais dimensões não só no acompanhamento à pacientes com HIV/AIDS, mas na assistência à saúde como um todo. Desse modo, esse dado confronta o negligenciamento de alguns profissionais de saúde perante tais fatores (Meneses, Avellar, Veloso, Nunes & Pinheiro, 2015).

A partir dessa visão frankliana da dimensão noológica, a religiosidade aparece como um caminho de representação dessa espiritualidade. Assim sendo, a religiosidade consiste no nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo (Koenig, McCullough & Larson, 2001).

Tendo a noção de que a doença - significa uma ameaça à vida, golpeando cada pessoa envolvida em sua totalidade biopsicossocial, mas, igualmente, nos aspectos espirituais, a assistência profissional necessita abranger estas dimensões: afetiva/emocional, psicossocial e espiritual desse paciente e dos cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais de saúde (Espíndula, Valle & Bello, 2010).

Preocupada com essa temática, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde aponta no quarto princípio em que é assegurado ao cidadão o atendimento que

respeite os seus valores e direitos e garanta o seu direito de receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social em entidades hospitalares públicas e privadas (Brasil, 2000).

Diante dessas demandas, a Organização Mundial da Saúde passou a destacar a dimensão espiritual em sua delimitação conceitual da saúde, propiciando a ampliação do escopo das pesquisas na área (OMS, 1999). A Política Nacional de Humanização-Humaniza SUS (2003), por sua vez, prevê que os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar, além das questões biológicas, com a dimensão espiritual e religiosa dos pacientes, a fim de efetivar um cuidado humanizado ao indivíduo. Tais aspectos estão intimamente implicados no contexto da atenção à saúde, como é o contexto dos cuidados paliativos.

O cenário da palição desencadeia ideias de morte e finitude, somadas às vivências de restrições corporais, dores e sofrimentos, que geram questionamentos dos valores e do projeto existencial. Nesse contexto, a religiosidade e a espiritualidade podem ter efeito positivo para o paciente, por um lado, contribuindo para a diminuição das experiências negativas provocadas pelo processo de adoecimento e, por outro lado, aprimorando sua qualidade de vida. (Aquino & Zago, 2007; Prada, 2006; Tarakeshwar et al, 2006; Thuné-Boyle, 2011).

Tais fatores espirituais e religiosos trazem demandas recorrentes no contexto de cuidado vivido por pacientes e profissionais de saúde, principalmente no contexto brasileiro, onde a maior parte da população é religiosa. No entanto, a falta de treinamento e de habilidade em identificar as demandas dos usuários, assim como o receio de influenciar as crenças dos pacientes, constituem barreiras, percebidas pelos próprios profissionais, que dificultam a abordagem da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos (Balboni et al., 2007; Mccauley et al., 2005; Monroe et al., 2003).

Sendo assim, o profissional que atua no contexto da palição tem um desafio ao lidar com a complexidade da situação vivenciada. Nota-se uma carência de conhecimento sobre a temática, gerando assim uma lacuna diante do ensino proporcionado aos profissionais de saúde, de forma geral, colocando-os frente à assistência prestada somente com o saber técnico. Acredita-se que tal despreparo possa ocasionar a não reflexão sobre o tema bem como a adoção de atitudes defensivas que impedem o profissional de lidar de forma mais natural com temas como a morte, a espiritualidade e a religiosidade de seus pacientes.

No atual contexto internacional de investigação qualitativa em Psicologia, a fenomenologia tem sido utilizada como instrumento que permite ascender e validar as perspectivas pessoais dos participantes na investigação. Em muitos contextos da pesquisa qualitativa, a pesquisa fenomenológica tem sido erroneamente confundida com uma metodologia que dá voz a depoimentos subjetivos da experiência vivida dos sujeitos. No entanto, é necessário diferenciar entre os relatos subjetivos da experiência humana e os dados sobre a experiência subjetiva humana. A pesquisa fenomenológica lida com as descrições de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas em relação a um determinado fenômeno. Os dados sobre a experiência humana só podem ser conhecidos pelo próprio sujeito, em sua experiência (Giorgi, 1985).

Portanto, tendo em vista as questões supracitadas acerca da necessidade de a equipe de saúde estar preparada para lidar com questões acerca da morte e finitude, bem como considerar a dimensão espiritual e religiosa no atendimento prestado ao paciente em palição, é válido refletir: Como os profissionais que atuam nos cuidados paliativos tem lidado com esses pressupostos exigidos nessa perspectiva de cuidado? Qual a visão dos pacientes acerca da consideração da sua dimensão espiritual e religiosa no cuidado que lhes é oferecido?

Assim, evidencia-se a relevância científica desse estudo, por ampliar as discussões pertinentes sobre a temática. Além disso, enfatiza-se o valor social desse estudo, ao contribuir nas práticas profissionais nessa área de cuidados, possibilitando uma assistência mais eficiente nos serviços de saúde, principalmente no que se refere ao cuidado e atenção às demandas espirituais e religiosas dos pacientes nos serviços de Cuidados Paliativos.

A partir de tais considerações, esta tese teve por objetivo geral, compreender como a espiritualidade e a religiosidade são experienciadas pelos pacientes e profissionais da saúde em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital público de João Pessoa-PB. E por objetivos específicos: 1) Descrever a experiência da espiritualidade e religiosidade de pacientes e profissionais de um serviço de Cuidados Paliativos; 2) averiguar como os pacientes percebem a consideração de suas demandas espirituais e religiosas pelos profissionais que o acompanham; 3) compreender como os profissionais de saúde do serviço de Cuidados Paliativos lidam com demandas espirituais e religiosas dos pacientes e 4) propor novas possibilidades de atenção à espiritualidade e religiosidade nos Cuidados Paliativos.

Quanto à sua estruturação, a tese foi organizada no formato tradicional, onde os três capítulos iniciais são teóricos, trazendo as teorias e estudos que fundamentaram o estudo, e os demais capítulos trazem os materiais colhidos na etapa empírica da pesquisa, atendendo os objetivos específicos do estudo e possibilitando as discussões e direcionamentos frutos da tese.

O primeiro capítulo do estudo apresenta o estado da arte da pesquisa, que teve por objetivo analisar os artigos científicos que tratavam sobre espiritualidade e religiosidade entre equipe de assistência e pacientes no contexto dos cuidados paliativos publicados no período dos anos de 2014 a 2019 e, para tal, foram acessadas as bases de dados Lillacs e Scielo. Ressalta-se que foram selecionadas as publicações nesse período, tendo em vista o grande número de estudos que foram encontrados na área proposta, ficando inviável e extensa a discussão. Além disso, buscou-se focar nos estudos que apresentavam uma perspectiva de espiritualidade condizente com o olhar defendido pela perspectiva de espiritualidade logoterapêutica de Viktor Frankl.

O segundo capítulo traz a apresentação da perspectiva teórica que embasa todo o estudo da tese, trazendo a teoria de Viktor Frankl e a Logoterapia e Análise Existencial, através dos seus principais fundamentos, enfocando a definição de espiritualidade e religiosidade defendida por Frankl, bem como as implicações desses fenômenos na vida do homem. Além disso, discute-se também nesse capítulo as premissas teóricas franklianas que tratam sobre as dimensões de sofrimento, morte e finitude humana, por serem questões mais abordadas na área dos Cuidados Paliativos, que é o cenário contextual da pesquisa.

O terceiro capítulo do estudo traz a fundamentação acerca dos Cuidados Paliativos, apresentando seu histórico, definição e principais características dessa área de cuidado. Dentro desse capítulo são levantadas as questões acerca da morte e do processo de morrer, tendo em vista que são indagações pertinentes ao contexto paliativo, sendo associado à perspectiva do sentido da morte abordado por Viktor Frankl. Nesse capítulo se encerra a parte de fundamentação teórica da tese, tendo em vista que os capítulos consequentes tratarão do componente empírico da tese, apresentado o método utilizado, a análise e discussão dos resultados alcançados e desdobramentos da pesquisa, em articulação com o olhar teórico utilizado na realização da mesma.

O capítulo quarto apresenta todo caminho metodológico utilizado na pesquisa,

esclarecendo o tipo de pesquisa, cenário do estudo, participantes envolvidos e todos os procedimentos percorridos no decorrer da pesquisa. Também é apresentado no capítulo a perspectiva de análise dos dados encontrados, que segue a perspectiva fenomenológica, bem como foram feitas as análises e discussões frutos da pesquisa.

O quinto capítulo, por sua vez, é o correspondente ao que podemos chamar “miolo” da tese, pois traz a análise e discussão dos resultados encontrados no estudo a partir do método de análise utilizado, atendendo aos objetivos específicos do estudo. Nesse capítulo são apresentadas, em seções diferenciadas de acordo com os participantes da pesquisa, as falas dos colaboradores do estudo correspondente às entrevistas realizadas, a partir de unidades de sentido, seguindo a perspectiva de análise fenomenológica de Amedeo Giorgi, que será esclarecida no capítulo quatro. Além da elucidação das unidades de sentido e os trechos representativos das mesmas, os resultados da pesquisa foram intercalados com trechos do diário de campo utilizado pela pesquisadora, e, por fim, foram discutidos com a literatura de base adotada, o que promoveu possibilidades de desdobramentos e contribuições da pesquisa para a área de cuidado abordada no estudo.

O último capítulo, referente às considerações finais, assume papel integrador das questões levantadas ao longo da tese, assim como se propõe a retomar e refletir sobre os objetivos apresentados na Introdução, além de retomar os achados da pesquisa, representando, assim, a culminância da análise empreendida na tese. É possível que o leitor encontre nessa seção as respostas das indagações que se fez durante a leitura das seções iniciais do estudo.

Com esta tese, pretende-se contribuir para a ampliação das perspectivas teórico-metodológicas adotadas para lidar com o manejo de cuidado espiritual e religioso no oferecimento do cuidado paliativo, assim como oferecer subsídios teóricos e práticos aos profissionais que lidam com a palição, tendo em vista os desafios enfrentados na busca pelo cuidado integral na efetivação dessa postura de tratamento.

2 ESTADO DA ARTE DA RELAÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS

Pela perspectiva de que as dimensões espiritual e religiosa aparecem no contexto dos cuidados paliativos com um papel significativo na vivência do paciente, alguns estudos tem sido realizados para uma compreensão maior desse fenômeno e sua relação com o processo de cuidado.

Para acessarmos o que a literatura e os periódicos vem discutindo acerca desses aspectos no contexto da palição, buscou-se nas bases de dados Lillacs e Scielo, as publicações de artigos que apresentassem em seu título as palavras Espiritualidade/Religiosidade e Cuidados Paliativos. Diante do grande número de publicações, aproximadamente 34 artigos encontrados até o momento da pesquisa, selecionamos apenas as publicações realizadas entre 2014 e 2019, conforme pode ser esclarecido na tabela 1, abaixo:

Tabela 1
Número de publicações encontradas

Base de Dados	Número de publicações	Publicações entre os anos de 2001 e 2013	Publicações entre os anos de 2014 e 2019
Lillacs	29	11	18
Scielo	16	4	12
Artigos repetidos	11	-	11
Total	34	15	19

Os 19 artigos publicados no intervalo dos anos de 2014 a 2019 foram selecionados para compor o estado da arte, a fim de apresentar o que vem sendo contruído com essa temática nessa linha de cuidado. Esses artigos são descritos na tabela 2 apresentada a seguir, e logo depois são discutidos mais detalhadamente.

Tabela 2
Descrição dos artigos selecionados

Autores	Ano de publicação	Principais resultados
Cervelin e Kruse	2014	Crenças religiosas relacionadas com melhor bem-estar, senso de pertencer, dignidade, paz e certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias.
Paiva, Paiva,	2014	Associação positiva entre

Yennurajalingam e Hui		espiritualidade/religiosidade e melhora em variáveis e marcadores de doenças crônicas.
Paiva, Carvalho, Lucchetti, Barroso e Paiva	2015	Religiosidade como estratégia de melhor vivenciar a terminalidade e como fator de bem-estar físico ao estar associada à diminuição de sintomas clínicos significativos.
Benites, Neme e Santos	2017	Espiritualidade propicia a busca de sentidos para o viver e para a continuidade da vida, alívio do sofrimento e sentido de valorização do viver.
Arrieira et al.	2017	Espiritualidade possibilitando a busca de sentidos para vida e para a morte, facilitadora do encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais que a cuidam.
Matos, Meneguim, Ferreira e Miot	2017	Maiores escores de <i>coping</i> espiritual-religioso apresentaram correlação com melhor percepção de qualidade de vida.
Barbosa, Ferreira, Melo e Costa	2017	Espiritualidade como enfrentamento ao adoecimento contribui para que os familiares dos pacientes deem sentido ao sofrimento causado pelas doenças terminais.
Panitz et al.	2018	Existência de instrumentos utilizados para a abordagem da espiritualidade/religiosidade, bem como perguntas mais amplas que são realizadas, como o que dá significado à vida do paciente.
Martins, Pinto, Caldeira e Pimentel	2015	Dificuldade na validação, tradução e adaptação cultural à língua portuguesa de instrumentos que avaliem a espiritualidade.
Evangelista et al.	2016	Espiritualidade é um termo que denota diversos significados, o que dificulta o atendimento dos profissionais e a produção de instrumentos adequados para avaliação espiritual nos cuidados paliativos.
Cervelin e Kruse	2015	Discurso dos livros se dirige a produzir uma boa morte, destacando de modo recorrente que a aceitação da morte e a assistência religiosa/espiritual são essenciais.
Arrieira et al.	2018	Embora profissionais reconheçam a importância do cuidado à dimensão espiritual, frequentemente apresentam dificuldades em oferecer esse cuidado.
Esperandio, Zarpelon, Zorzi, Silva e Marques.	2015	Necessidade dos profissionais estarem mais bem capacitados para lidar com a demanda religiosa/espiritual dos pacientes.
Evangelista et al.	2016	Dificuldade e despreparo de enfermeiros para lidar

		com as demandas espirituais da clientela de palição.
Ferreira, Duarte, Silva e Bezerra	2015	Dificuldade e despreparo de equipe multiprofissional para lidar com as demandas espirituais da clientela de palição.
Silva et al.	2016	Espiritualidade pouco trabalhada por falta de preparação para lidar com esse aspecto no cuidado ao paciente no final da vida.
Santos, Gomes, Rodrigues, Santos e Passos	2016	Estratégias espirituais e religiosas contribuem para o trabalho de enfermagem mais prazeroso, diminuição de riscos ocupacionais e melhora de indicadores de gestão e da assistência prestada.
Manchola, Brazão, Pulschen e Santos	2016	Bioética como indutora da reflexão acerca da importância de conceber a espiritualidade como tipo essencial de cuidado paliativo.
Tavares, Valente, Cavalcanti e Carmos	2017	Necessidade de esclarecimento e discernimento entre o que significa e diferencia religião, religiosidade e espiritualidade na elaboração de pesquisas.

Iniciando o detalhamento dos artigos apresentados com o estudo teórico realizado no contexto brasileiro, na região sul, através da análise textual de seis livros e um manual da temática da palição, conclui-se que crenças religiosas estão relacionadas com melhor saúde, física e mental, qualidade de vida e menor índice de depressão. A bibliografia analisada apresenta que estar apoiado na fé em Deus e no suporte da comunidade religiosa leva o indivíduo a experimentar maior bem-estar, senso de pertencer, ter dignidade e paz, além da certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias. Destaca o fato de que saber que sua família continuará recebendo suporte espiritual ajuda o enfermo a ter paz e encontrar conforto e força para lidar com a condição de morrer (Cervelin & Kruse, 2014).

Outra pesquisa de revisão teórica, também realizada em São Paulo, com o objetivo de descrever estratégias atuais de abordagem de pacientes com dores crônicas, enfatizou medidas relacionadas à espiritualidade e à religiosidade, apresentando em seus achados associação positiva entre espiritualidade e religiosidade e melhora em variáveis e marcadores de doenças crônicas, o que faz parte do campo dos cuidados paliativos. O estudo alerta que 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 e em

cuidados paliativos (Paiva, Paiva, Yennurajalingam & Hui, 2014).

Um estudo internacional realizado com pacientes oncológicos adultos em cuidados paliativos e seus familiares, de caráter quantitativo, analisou a influência da religiosidade no processo da terminalidade, concluiu que a religiosidade aparece como uma estratégia de melhor vivenciar esse período, bem como fator de bem-estar físico ao estar associada à diminuição de sintomas clínicos significativos (Paiva, Carvalho, Lucchetti, Barroso & Paiva, 2015).

Em pesquisas fenomenológicas realizadas, uma em um hospital de São Paulo e outra no Rio Grande do Sul, objetivou-se compreender o significado da espiritualidade perante a dor do adoecimento e da possibilidade da morte para pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Dentre os diversos aspectos suscitados nas entrevistas realizadas nos referidos estudos, observou-se que, apesar da presença da dor e do sofrimento psíquico, a dimensão espiritual propiciou a busca de sentidos para o viver baseados na esperança de cura ou melhora e continuidade da vida, alívio do sofrimento e sentido de valorização do viver. Ficou evidenciada a importância da espiritualidade na vivência do processo de terminalidade, possibilitando a busca de sentidos para vida e para a morte, bem como facilitadora do encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais que a cuidam em sua integralidade (Benites, Neme & Santos, 2017; Arrieira et al., 2017).

Nesse mesmo contexto, mas pela ótica de um estudo transversal, foi realizada pesquisa em um hospital público do interior de São Paulo. Com a finalidade de comparar a qualidade de vida e o *coping* religioso-espiritual de pacientes em cuidados paliativos oncológicos com um grupo de participantes sadios e avaliar se a percepção de qualidade de vida está associada às estratégias de *coping* religioso-espiritual. Nessa perspectiva, o *coping* ou enfrentamento religioso se refere ao uso da fé, religião ou espiritualidade no enfrentamento das situações estressantes, ou dos momentos de crise, que ocorrem ao longo da vida, como é o caso do adoecimento e processo de morte. O estudo constatou que ambos os grupos apresentaram escores altos de qualidade de vida e de *coping* espiritual-religioso. Além disso, os participantes do sexo masculino, praticantes de religião católica, com maiores escores de *coping* espiritual-religioso apresentaram melhor percepção de qualidade de vida, sugerindo que essa estratégia de enfrentamento possa ser estimulada em pacientes sob cuidados paliativos (Matos, Meneguim,

Ferreira & Miot, 2017).

Também com o objetivo de compreender como os familiares de pacientes adultos em Cuidados Paliativos expressam suas experiências de suporte espiritual, um estudo qualitativo, realizado em um hospital filantrópico de Pernambuco, apresentou em seus resultados que a espiritualidade atua como forma de enfrentar o adoecimento, contribui para que os familiares dos pacientes deem sentido para o sofrimento causado pelas doenças terminais, ajuda pacientes e familiares a encontrar significados para suas experiências e ainda se coloca como um desafio para os profissionais de saúde (Barbosa, Ferreira, Melo & Costa, 2017).

No que se refere ao acompanhamento dessas demandas espirituais e religiosas pelas equipes de assistência paliativa, uma revisão bibliográfica apontou que a abordagem da religiosidade/espiritualidade pode ser feita durante a avaliação ambulatorial de novos pacientes, quando da internação do paciente, na avaliação de cuidados paliativos e em pacientes que serão acompanhados pelo mesmo médico. Constataram também que existem inúmeros instrumentos utilizados para a abordagem de tais aspectos, mas se destacam o FICA (Faith, Importance, Community and Address¹) e o HOPE (H-sources of hope, strength, comfort, meaning, peace, love and connection; O-the role of organized religion for the patient; P-personal spirituality and practices; E-effects on medical care and end-of-life decisions²), bem como perguntas mais amplas que são realizadas, como o que dá significado à vida do paciente, o que o ajuda a lidar com os problemas e se existe alguma crença cultural que possa ter impacto no tratamento (Panitz et al., 2018). Outros estudos têm buscado a validação, tradução e adaptação cultural à língua portuguesa de instrumentos que avaliem a espiritualidade (*Spirituality and Spiritual Care Rating Scale -SSCRS*) na percepção de profissionais de saúde (Martins, Pinto, Caldeira & Pimentel, 2015), no entanto não existe um número significativo de estudos que demonstrem sua aplicabilidade no nosso contexto brasileiro.

Outro trabalho bibliográfico constatou que a espiritualidade é um termo que denota diversos significados, o que pode dificultar o atendimento dos profissionais às necessidades espirituais dos pacientes, bem como a produção de instrumentos

¹ Fé, Importância, Comunidade e Endereço (Panitz et al., 2018)

² H – Fontes de esperança, força, conforto, significado, paz, amor e conexão; O - O papel da religião organizada para o paciente; P - Espiritualidade e práticas pessoais; E - Efeitos nos cuidados médicos e nas decisões de fim de vida (Panitz et al., 2018).

adequados para avaliação espiritual daqueles sob cuidados paliativos, tendo em vista que os instrumentos são variados e não contemplam todos os aspectos da dimensão espiritual. Desse modo, avaliou-se através da revisão feita pelo artigo, a necessidade de uma definição clara do conceito de espiritualidade, para que assim os profissionais da saúde possam oferecer aos seus pacientes uma assistência espiritual adequada, atendendo a todas as necessidades espirituais (Evangelista et al., 2016).

Por essa perspectiva, a análise textual realizada por Cervelin e Kruse (2015), buscou conhecer os discursos sobre espiritualidade e religiosidade que circulam nos livros textos sobre Cuidados Paliativos, e saber como tais dispositivos operam produzindo sentidos que produzem verdades. Com essa análise, os livros sobre Cuidados Paliativos se destacaram como importantes artefatos da mídia, que proporcionam a circulação de discursos tidos como verdadeiros, de forma que constituem sujeitos, influenciando, disciplinando e ensinando um modo correto de ser e de agir. Assim, o discurso dos livros se dirige a produzir uma boa morte, destacando de modo recorrente que a aceitação da morte e a assistência religiosa/espiritual são essenciais.

Objetivando compreender a experiência vivida da espiritualidade no cotidiano da equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos, um estudo fenomenológico realizado no Rio Grande do Sul traz em seus resultados que o sentido da espiritualidade dos profissionais, a compreensão da espiritualidade como facilitadora diante de situações estressantes, é fundamental, sendo importante estar integrado na prática dos cuidados. Entretanto, embora os profissionais reconheçam a importância do cuidado à dimensão espiritual, frequentemente apresentam dificuldades em oferecer esse cuidado, principalmente pela falta de conhecimento e pelo desconforto em abordar o tema, expressando seus cuidados mais para as necessidades biológicas dos pacientes (Arriera et al., 2018). Do mesmo modo, outro estudo também realizado no Rio Grande do Sul com profissionais da saúde de forma geral, apresentou em seus dados a necessidade dos profissionais estarem mais bem capacitados para lidar com a demanda religiosa/espiritual dos pacientes, pela ausência desse tema na sua formação técnico-profissional e falta de espaços e estruturas institucionais que acolham essas demandas do usuário do sistema de saúde (Esperandio, Zarpelon, Zorzi, Silva & Marques, 2015).

Essa mesma questão , a dificuldade de lidar com as demandas espirituais da

clientela de palição, foi relatada nas pesquisas realizadas com enfermeiros que dão assistência em cuidados paliativos na cidade de João Pessoa-PB e em uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos na cidade de Recife-PE. Os mesmos reconhecem a importância da dimensão espiritual no atendimento à saúde e no acompanhamento de pacientes sob cuidados paliativos, considerando que, quando cultivada pelos pacientes, contribui para melhorar a sua condição e aceitar o processo de finitude, identificando o apoio familiar, perdão, amor, crença, fé e esperança como necessidades espirituais desses pacientes, as quais podem ser atendidas por eles utilizando variadas estratégias. No entanto, alegam o despreparo para lidar com tais questões (Evangelista et al., 2016; Ferreira, Duarte, Silva & Bezerra, 2015).

Resultados semelhantes ao que foi constatado nos estudos apontados anteriormente foram apresentados na pesquisa qualitativa realizada em uma enfermaria de cuidados paliativos de um hospital de Minas Gerais. A finalidade do trabalho foi investigar a percepção da equipe de enfermagem local a respeito da espiritualidade nos cuidados de fim de vida. Os dados das entrevistas apontam que apesar da equipe ter uma boa aceitação da morte, a espiritualidade é pouco trabalhada, ainda faltando preparação para lidar com esse aspecto no cuidado ao paciente no final da vida. Esse fato reforça ainda mais a necessidade da inclusão do tema nos currículos das instituições de nível superior e dos técnicos de enfermagem, a fim de aperfeiçoar a formação desses profissionais de saúde (Silva et al. 2016).

Na revisão integrativa realizada por Santos, Gomes, Rodrigues, Santos e Passos (2016), que objetivava caracterizar as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros que atuam na assistência a pacientes com câncer em cuidados paliativos, apresentou em seus resultados que as estratégias de enfrentamento dos enfermeiros eram baseadas no problema, destacando-se a resolução de problemas, o aperfeiçoamento do conhecimento técnico e científico, já as estratégias focalizadas na emoção referem-se a religiosidade, espiritualidade e apoio social de familiares e colegas. Desse modo, foi possível constatar que a construção de estratégias de enfrentamento efetivas contribuía para tornar o trabalho mais prazeroso, além de diminuir riscos ocupacionais e melhorar os indicadores de gestão e a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Em pesquisa narrativa realizada na unidade de palição de um hospital de Brasília-DF, que tinha como objetivo contribuir para a investigação dos complexos

problemas enfrentados pelos cuidados paliativos na prática profissional diária focou-se na relação entre espiritualidade e bioética. Como resultados desse estudo, apresentou-se a necessidade de abordar tal temática no contexto referido como papel da bioética, porém com base no pressuposto de que essa abordagem é facilitada pelo contato direto e próximo com o outro, sendo esse o instrumento que todos os participantes utilizaram para expressar suas necessidades, pensamentos e sentimentos. Evidenciou-se assim o papel da bioética como indutora da reflexão acerca da importância de conceber a espiritualidade como tipo essencial de cuidado paliativo, sendo a ferramenta que permite defender e legitimar, epistemológica e metodologicamente, a necessidade de incluir outras dimensões do ser humano no processo de doença, morte e cura (Manchola, Brazão, Pulschen & Santos, 2016).

No entanto, é válido destacar a necessidade de esclarecimento e discernimento entre o que significa e diferencia religião, religiosidade e espiritualidade na elaboração de pesquisas refinadas, proposta de instrumentos de medida mais precisos e consolidação dos conhecimentos que vêm se acumulando sobre o tema, situando a aplicabilidade de cada um destes conceitos nos diferentes cenários onde se dá o encontro dos indivíduos com a doença, através de uma abordagem ampliada, que transcenda o modelo puramente biomédico (Tavares, Valente, Cavalcanti & Carmos, 2017).

Diante de tais investigações, a religiosidade aparece como um caminho de representação da espiritualidade e fator significativo no cuidado à pacientes em palição. Entretanto, diante do panorama da literatura atualmente disponível, percebe-se que os estudos já realizados não esgotam a reflexão do papel da religiosidade e espiritualidade na experiência vivida pelo indivíduo em seu processo de morte e da forma como as equipes de assistência paliativa tem lidado com tal demanda.

Assim, nos colocando sob o olhar fenomenológico existencial de Viktor Frankl, novas perspectivas e contribuições podem ser originadas em meio a essa seara de investigação, considerando por essa perspectiva que a experiência de cada população e contexto será sempre única e irrepitível, não se esgotando as possibilidades de novas análises e construções que venham a contribuir nessa área de cuidado.

Desse modo, no próximo capítulo desse trabalho de tese será abordada a perspectiva da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl, como sendo o

campo teórico em que se fundamentou o olhar desse estudo, principalmente no que se refere à concepção e definição de espiritualidade e religiosidade defendida nesse estudo, além de serem explanados os principais pilares e diretrizes teóricas dessa abordagem psicoterápica em sua visão de homem e de mundo.

3 LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

Dentro das abordagens existenciais, a Logoterapia e Análise Existencial foi idealizada por Viktor Frankl (1905-1997), apresentando-se como uma psicoterapia de base existencial que desenvolveu técnicas de uso específico no contexto psicoterápico. Frankl era judeu e herdou de sua família a influência cultural-religiosa judaica, o que contextualizou suas reflexões e visões acerca da religião e religiosidade (Aquino, 2014).

Frankl foi discípulo de duas escolas tradicionais, a psicanálise e a psicologia individual, até elaborar seu próprio sistema de pensamento chegando a produzir trinta e nove livros. Muitos, equivocadamente, consideram que esse mesmo autor teria construído a Logoterapia nos campos de concentração, durante a Segunda Guerra Mundial, quando foi um prisioneiro comum durante três anos. No entanto, já em 1926, Frankl profere pela primeira vez o termo Logoterapia em um ambiente acadêmico, no entanto, a denominação análise existencial foi destacada a partir de 1933 (Frankl, 2006).

Historicamente, a Logoterapia foi considerada como a terceira escola de Psicoterapia de Viena, sendo precedida pela psicanálise e a psicologia individual (Soucek, 1948). Essa corrente também é reconhecida como uma abordagem de psicoterapia pela mais antiga associação de Psicologia, a *American Psychological Association* (APA), como pode ser constatado no verbete *Logotherapy* no *Concise Dictionary of psychology*:

An approach to psychotherapy that focuses on the “human predicament”, helping the client to overcome crises in meaning. The therapeutic process typically consist of examining three types of values: (a) creative (e.g., work, achievement); (b) experiential (e.g., art, science, philosophy, understanding, loving); and (c) attitudinal (e.g., facing pain and suffering). Each client is encouraged to arrive at his or her own solution, which should incorporate social responsibility and constructive relationships. Also called meaning-centered therapy. See also existential psychotherapy; existentialism (APA, 2009)³.

³ Uma abordagem da psicoterapia focada na “situação humana”, ajudando o cliente a superar crises de significado. O processo terapêutico normalmente consiste em examinar três tipos de valores: (a) criativo (por exemplo, trabalho, conquista); (b) experimental (por exemplo, arte, ciência, filosofia, compreensão, amor); e (c) atitudinal (por exemplo, enfrentando dor e sofrimento). Cada cliente é incentivado a chegar à sua própria solução, que deve incorporar responsabilidade social e relacionamentos construtivos. Também chamada de terapia centrada no significado. Veja também psicoterapia existencial; existencialismo (APA, 2009).

A Logoterapia como prática psicoterapêutica se complementa com a sua outra faceta, a análise existencial, que representa uma perspectiva antropológica de pesquisa. Nesse sentido o pensamento frankliano considera que a vida se explica apenas no seu transcurso e desdobramento. Sendo baseada no encontro entre seres humanos, a perspectiva logoterapêutica considera esse encontro com o confronto entre dois seres com o sentido de seu ser, com o *logos*, onde o processo logoterapêutico encontra-se voltado para a busca pelo sentido da vida humana. Desse modo, tal abordagem apresenta uma visão de homem baseada em três pilares: a liberdade da vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida.

O primeiro pilar, liberdade da vontade, tem como referência o fato de que o homem é finito e livre para ter suas vontades, podendo não ser livre de suas condições de vida, mas é livre para se posicionar diante delas, sendo livre para tomar uma atitude diante das condições que lhe são impostas (Frankl, 2011). Trata-se de uma liberdade perante três aspectos: os instintos, a hereditariedade e o meio ambiente. Entretanto, isto não quer dizer que o ser humano não tenha instintos, ou que eles não existam, mas que ele é livre para escolher satisfazê-los. É válido ressaltar que a hereditariedade e o meio ambiente, por serem fatores imutáveis, podem exercer influência sobre o homem, porém, nem a carga genética, nem o ambiente podem determiná-lo por completo, pois, tudo depende de sua postura perante o seu destino (Frankl, 2010).

Ainda tratando a respeito da liberdade da vontade, Frankl (2010) ressalta que na mesma medida que o homem é um ser livre, ele deve ser responsável por suas escolhas. Assim, ser responsável implica assumir a responsabilidade perante algo ou alguém e, aquilo pelo qual o homem é responsável, constitui a realização de sentido e de valores. Portanto, a logoterapia e análise existencial considera que o homem é um ser orientado para o sentido e que aspira valores.

A vontade de sentido como segundo pilar, por sua vez, seria então inerente ao homem em sua existência, apontando ao fato de que o ser humano é um ser que busca em última instância constituir uma existência plena de sentido (Frankl, 1989). Nesse sentido, Aquino (2011), retoma a ideia frankliana de que o ser humano é o único ente que busca significado para a vida, o que o difere dos animais. Os homens e mulheres se preocupam com o sentido de sua existência, pois possuem a consciência da sua finitude. Assim sendo, Lukas (1989) discute que a busca da pessoa por um sentido é a principal força motivadora do ser humano, o que faz com

que a vontade de sentido seja um conceito central da teoria de Frankl, sendo descrita como a tendência natural que o homem tem para buscar o sentido no mundo através da realização dos valores. Para essa perspectiva, ao contrário de uma visão niilista, na vida há sempre um sentido a ser desvelado, latente nas situações, e, nessa busca, a consciência intuitiva (*Gewissen*) seria o órgão que rastreia as possibilidades de sentido (Frankl, 1989).

O sentido da vida, finalmente, como terceiro pilar, traria ao homem o seu bem-estar, visto que se a pessoa é frustrada na busca desse sentido, passará a perder seu principal motivador da existência, e quando se vê sem possibilidades de sentido apresenta então um vazio existencial. Desse modo, os sentidos são únicos, assim como cada pessoa é única e insubstituível, mas também podem mudar de pessoa para pessoa. Até o momento de seu último suspiro, o ser humano pode conceber o sentido de sua existência (Frankl, 2005).

Nesta perspectiva, Frankl (2010) descreve que o sentido pode ser discutido sob três aspectos: o sentido na vida; o sentido da vida; por fim o sentido do mundo ou do universo. O sentido na vida também pode ser entendido como o sentido do momento ou da circunstância, isto é, a realidade está sempre se apresentando através de uma particular situação concreta, ou seja, cada situação apresenta um sentido. O sentido da vida, por sua vez, diz respeito ao sentido global ou da vida como um todo e só é possível ser captado no final da vida, quando o ser humano consegue cumprir, ou não, todos os sentidos particulares. Já o sentido do mundo ou do universo também pode ser compreendido como sentido da existência, do cosmo, e não é passível de ser compreendido pela intelectualidade ou racionalidade humana, por isso é denominado de suprasentido ou supersentido.

Os fundamentos da Logoterapia e Análise existencial de Viktor Frankl encontram-se na antropologia e ontologia humana, a partir da compreensão que o homem possui, além das perspectivas psicológica e biológica, uma dimensão inerente a ele, sendo essa a que traz a humanidade ao ser, denominada noética ou noológica, onde *noético* deriva-se da palavra grega *nous* (espírito ou mente). É nessa dimensão onde se encontram os fenômenos especificamente humanos se originam (Frankl, 1989).

A visão antropológica frankliana considera o homem como uma unidade na diversidade. Através da perspectiva da ontologia dimensional, Frankl faz uso da concepção geométrica de dimensão, fazendo uma analogia relativa às diferenças

qualitativas que não anulam a unidade mesma de uma estrutura (Frankl, 2011).

Nessa perspectiva, a ontologia dimensional se estabelece a partir de duas leis. A primeira lei defende que quando um mesmo fenômeno é projetado de sua dimensão particular em dimensões diferentes, mais baixas do que a sua própria, as figuras que aparecerão em cada plano serão contraditórias entre si, ou seja, a projeção de um fenômeno em dimensões diferentes e mais baixas resulta em inconsistência. A segunda lei, por sua vez, considera que quando diferentes fenômenos são projetados de suas dimensões particulares em uma dimensão diferente, mais baixa do que a sua própria, as imagens que aparecerão em cada plano serão ambíguas, ou seja, a projeção de diferentes fenômenos em dimensões mais baixas resulta em isomorfias (Frankl, 1989). Podemos compreender essa analogia nas figuras abaixo:

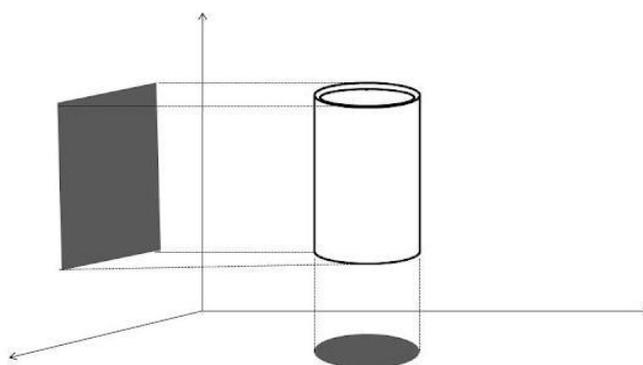


Figura 1: Primeira lei da ontologia dimensional proposta por Frankl (Adaptado de Frankl, 2011, p. 34).

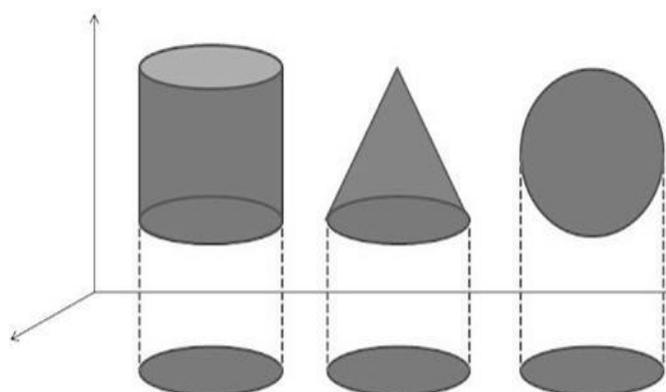


Figura 2: Segunda lei da ontologia dimensional proposta por Frankl (Adaptado de Frankl, 2011, p. 35).

Essas leis foram relacionadas com a antropologia e ontologia humana. Nesse sentido, se projetarmos o homem em suas dimensões biológica e psicológica, também obteremos resultados contraditórios, visto que no primeiro caso, o organismo biológico é o resultado e no outro é um mecanismo psicológico. No entanto, apesar de os aspectos somáticos e psíquicos se contradizerem entre si, quando à luz da antropologia dimensional, tais disparidades não mais contradizem a singularidade humana. Portanto, a unicidade do ser humano não pode ser considerada em suas faces psicológica ou biológica, mas deve sim ser procurada em sua dimensão noológica, sendo essa a dimensão pela qual o homem foi projetado originalmente (Frankl, 1989).

Através da ontologia dimensional, podemos nos remeter aos princípios da capacidade humana de autodistanciamento e autotranscendência. O autodistanciamento se refere à atitude tomada diante dos fenômenos somáticos e psíquicos, encontrando-se em uma dimensão dos fenômenos noológicos, a dimensão noológica. Nessa dimensão estão os fenômenos que trazem a humanidade ao homem, como o humor, o heroísmo, o amor, a consciência de si e a espiritualidade, pois a dimensão noológica também pode ser entendida como a dimensão espiritual do homem.

Tais fenômenos que se originam da dimensão noológica, como o amor e a consciência, manifestam outra capacidade exclusiva do homem, a autotranscendência. Essa capacidade ocorre quando o homem transcende a si mesmo em direção a outro ser humano ou na busca de um sentido para sua vida. Assim sendo, no momento da morte, apesar da dor e sofrimento sentido, o homem ainda é capaz de voltar-se para algo que não a si mesmo, que não a sua dor, transcendendo, sendo capaz de encontrar um sentido apesar do sofrimento e da morte (Frankl, 2010).

Ainda a respeito da especificidade humana na visão logoterapêutica, a diferença entre os homens e os animais não se constitui só por uma questão gradual, mas pelo surgimento de uma dimensão qualitativamente nova: a dimensão noológica (espiritual). Essa dimensão volta-se para questões acerca do significado e do sentido na vida, conduzindo ao homem para a pergunta do sentido último da existência. Desse modo, essa pergunta lança o homem para fora de seu próprio cilindro, visto que pressupõe ser a pergunta dirigida para “alguém”, ou seja, para a vida ou para o seu Deus (Lukas, 1992b).

Para Frankl (1989), a existência humana vai além de si mesma, sempre indicando um sentido. O mais importante para a existência do homem não é a busca por prazer, poder ou autorrealização, mas sim a busca pelo sentido que não pode ser dado ou inventado, mas sim descoberto. O sentido da vida diz respeito àquilo que a pessoa é chamada a realizar em um determinado momento. Assim, o sentido a ser realizado no momento é transitório, ou seja, precisa ser cumprido naquele instante. Ademais, existe o caráter de autotranscendência do sentido, ou seja, diz respeito a algo ou a alguém que está fora da pessoa. Portanto, para cada situação há um “caráter de exigência” imanente para se descobrir o sentido.

Além do sentido de situações únicas, Frankl (1989) refere que existem os “universais de sentido”, os valores, que se diferenciam do sentido na medida em que consistem em sentidos compartilhados numa sociedade e através da história, se referem à condição humana. Por esta perspectiva existe a compreensão de que o homem pode encontrar um sentido na sua existência a partir de três vias valorativas.

A primeira via seria através da criação de algo para o mundo, onde o homem realiza e faz alguma coisa e aí encontra um sentido para a própria existência, realizando assim os valores criativos. A segunda via apontada refere-se ao encontro do sentido ao experimentar algo, amando alguém, através dos valores vivenciais, onde o ser humano experiencia determinada situação e nela passa a encontrar um sentido para continuar vivendo. A outra via de encontro de sentido pode ser possibilitada através da tomada de uma atitude diante de uma situação desesperançosa, onde o homem, em última instância, se posiciona diante de uma situação de sofrimento inevitável, através dos valores atitudinais, visto que o homem encontra um sentido no seu sofrimento. Assim, os valores humanos, sendo eles os valores criativos, atitudinais e vivenciais, funcionam como vias para a realização de sentido na vida humana (Frankl, 1989).

Os valores humanos atraem o homem para serem realizados. Desse modo, a essência humana é constituída na medida em que o homem vai realizando seus valores, onde a vida do ser humano afirma o seu sentido através da realização de tais valores. Esse modelo de valores humanos proposto por Frankl propõe por base níveis motivacionais. Em uma direção horizontal encontram-se o motivador prazer e poder, referentes aos valores materialistas. Na direção vertical encontra-se o motivador vontade sentido, apontado como o motivador de maior importância, visto que referencia os valores espirituais e de transcendência, que orientariam o homem

ao encontro do sentido da vida. Além disso, tem-se a percepção de que a constituição dos valores se dá a partir da realização dos mesmos, visto que o homem apresenta-se inserido em uma tensão entre ser e o dever-ser (Frankl, 2006).

Essa visão tem como base a preocupação do homem em relação aos seus valores que pode surgir quando ele toma consciência da sua finitude, deparando-se com o fato de que sua vida possui a certeza de um fim. Nesse pensamento, os valores humanos seriam como orientadores para as escolhas e opções que o homem pudesse realizar durante a sua existência. Quando o homem toma essa consciência, quando ele se depara com a situação de sua morte, ele pode não vislumbrar áreas de possibilidades, passando a definir a sua vida através do que ele está sendo, construindo então o seu projeto existencial de forma permanente (Frankl, 1989).

Considerando então a transitoriedade da vida, por esse olhar, é a finitude humana que confere sentido para a existência, afirmando que a Logoterapia crê na possibilidade de encontrar um sentido na vida, criar algo, experienciar situações ou sofrer com um sentido pleno ao se deparar com a situação da morte. Nessa perspectiva, entende-se que se o homem fosse infinito sempre adiaría suas escolhas e ações, visto que nunca teria sentido ou razão para se realizar algo. Segundo Frankl, é a transitoriedade e a finitude que fazem com que a vida seja plena de sentido, ao passo que a existência humana funda-se no seu caráter irreversível. O homem vai se moldando, criando, vivenciando e até mesmo sofrendo, buscando então valores para transformá-los em criativos, vivenciais ou atitudinais, sempre na tentativa de encontrar um sentido para sua própria história (Frankl, 1989).

Pelo fato de o ser humano estar centrado como indivíduo em uma determinada pessoa (como centro espiritual existencial), e somente por isso, o ser humano é também um ser integrado: somente a pessoa espiritual estabelece a unidade e totalidade do ente humano. A esta totalidade pertence, além das dimensões biológicas e psicológicas, a dimensão espiritual, e lhe pertence como a sua característica mais específica. Desse modo, a espiritualidade, é um fenômeno humano, especificamente o mais humano de todos os fenômenos humanos, é responsável pela tomada das grandes decisões existencialmente autênticas, através da vontade de sentido. A espiritualidade pode ser definida como a realização de uma “vontade de sentido último”. A religiosidade, por sua vez, surge como uma forma de manifestação dessa espiritualidade, podendo-se compreender então que o homem

religioso crê num sentido da vida (Frankl, 2010).

Se por uma perspectiva o homem busca um sentido na sua vida, por outro lado, a vida também vai demandar sentidos a serem realizados pelo homem. Desse modo, a vida interroga ao homem, e o homem é responsável por responder às questões que a vida lhe traz. A autenticidade humana se manifesta em duas modalidades, a consciência e a responsabilidade. O homem deve descobrir, portanto, “pelo que” e “perante quem” ele se sente responsável. Nesse sentido, para o homem religioso, o “perante quem” é atribuído a um Ser absoluto, já o homem não religioso interpreta a sua responsabilidade ante a sua própria consciência ou a sociedade (Frankl, 2006).

Ao ser fundador de uma escola psicoterápica firmada na filosofia da existência, Frankl apreendeu o fenômeno religioso através de uma postura fenomenológica, por uma perspectiva mais compreensivista do que explicativa. Pelo pensamento de que a motivação primária do homem seria a vontade de sentido, o pensamento frankliano aventava que o relacionamento com um Deus pessoal constituiria uma via para a compreensão de sentido para o homem religioso, onde a religiosidade pode ser compreendida como uma busca do sentido último da vida (Aquino, 2014). É por essa perspectiva de espiritualidade e religiosidade que iremos nos debruçar através desse estudo.

3.1 Espiritualidade e religiosidade pela ótica do sentido da vida

Na tentativa de esclarecer a visão de espiritualidade e religiosidade frankliana Pintos et al. (2007) retoma a ideia de que a espiritualidade é compreendida como a busca de um sentido na vida. Não se refere à vida religioso-espiritual, mas a uma série de fenômenos, como inclinações, afetos, crenças, que não podem ser derivados apenas do instintivo, nem do psicoinstintivo e, portanto, pertencem a outra área: a do psicoespiritual. No homem, então, será necessário admitir dois aspectos da mesma realidade que é a alma espiritual: o aspecto do psicoespiritual e o do psicorgânico. Nesse sentido, são distinguidas as seguintes realidades no homem: Geist (espírito, mente ou alma em seu aspecto espiritual, exclusivo ao homem) ou Leib (corpo do ser vivo). A partir daqui: Geitseele (a alma espiritual como espiritual) e Leibseele (a alma como imersa no organismo), onde essa distinção é explicitamente usada.

Já a religião pode ser entendida como um sistema de símbolos, isto é, símbolos daquilo que os seres humanos não são capazes de capturar em termos conceituais, possuindo um efeito psicoterapêutico, mas nenhum objetivo psicoterapêutico é levantado, ou seja, ser terapêutica não é sua intenção, mas pode produzir efeitos psicoterapêuticos por consequência. A religiosidade, por sua vez, é entendida como uma relação com o transcendente que é imanente no ser humano, embora muitas vezes permaneça latente. É considerada como o que existe de mais sagrado no homem. A religiosidade implica a verdadeira intimidade; é íntimo do homem em um duplo sentido: está na parte mais profunda (Pintos et al, 2007).

Por essa perspectiva, acredita-se em uma espiritualidade inconsciente, uma moralidade inconsciente e uma crença inconsciente. Essa crença inconsciente é muitas vezes inconsciente no sentido de uma religiosidade reprimida; e com o mesmo direito também poderia ser chamado de religiosidade que se envergonha. O intelectual de hoje, crescido à sombra de uma visão naturalista do mundo e do homem, tende a ter vergonha de seus sentimentos religiosos. No entanto, devemos ter cuidado para não interpretar falsamente a religiosidade inconsciente ou, em outras palavras, não localizá-la falsamente, pois ela não pertence à área do inconsciente instintivo, mas à área do inconsciente espiritual. Não é que alguém se sinta atraído por Deus, mas que tenha que decidir por ele ou contra ele (Pintos et al., 2007).

A fé inconsciente da pessoa, que aqui está englobada e incluída no conceito de seu “inconsciente transcendente”, significaria que houve sempre no homem uma ligação intencional, embora inconsciente, com Deus. Esse Deus denominado como Deus inconsciente (oculto). Não se trata de um mero inconsciente impulsivo, mas um inconsciente espiritual. Desse modo, entende-se por espiritualidade inconsciente uma espiritualidade cujo caráter inconsciente consiste na falta de autoconsciência reflexiva - enquanto a autocompreensão implícita da existência humana é interrompida, uma vez que essa autocompreensão corresponde a toda a existência, a todo homem. A espiritualidade inconsciente é a fonte e a raiz de toda espiritualidade consciente. É reconhecido não apenas um instinto inconsciente, mas também um inconsciente espiritual, considerando isso como o fundamento sustentador de toda espiritualidade consciente, e nesse nível também se baseia o coração ou o aspecto afetivo da vida psíquica (Pintos et al., 2007).

Como tudo, a pessoa também está inconsciente e, precisamente, é aí que o

espiritual tem suas raízes. Na sua origem, o inconsciente espiritual não é apenas opcional, mas obrigatoriamente inconsciente. Portanto, devemos distinguir com muito cuidado entre o inconsciente instintivo e o inconsciente espiritual. O inconsciente espiritual preocupa-se com a fé inconsciente, a religiosidade inconsciente, como uma relação inata e muitas vezes reprimida entre o homem e a transcendência. O inconsciente religioso, como também pode ser denominado o inconsciente espiritual, é um estado inconsciente com capacidade de tomada de decisão, e não um estado forçado a seguir o impulso do inconsciente. Assim, o inconsciente espiritual e, mais ainda, seus aspectos religiosos, o que pode ser denominado de inconsciente transcendente, são um agente existencial e não um fator instintivo (Pinto et al., 2007).

Freud já conhecia a existência da moralidade inconsciente e Jung tinha notícias da religião inconsciente; mas tanto a moralidade inconsciente quanto a crença da mesma natureza foram desoladas e transformadas nela. A escola de Jung reduz a religiosidade a um instinto religioso e a faz derivar de um inconsciente coletivo, quando, na realidade, a religiosidade autêntica nada tem a ver com o coletivo, uma vez que, por sua natureza, é o oposto, o mais pessoal que existe. Nenhuma religiosidade, consciente ou reprimida, embora inibida pela vergonha, precisa recorrer a qualquer arquétipo a ser esclarecido (Pintos et al., 2007).

A religiosidade, apresentando-se de forma saudável ao homem, não apresenta caráter de impulso, mas, antes, de decisão, pertencendo à existência espiritual e não a facticidade psicofísica. Desse modo, ela se mantém pelo seu caráter de decisão, e deixa de sê-la quando predomina o caráter de impulso. Sendo assim, a religiosidade ou é existencial ou não é nada, sendo um fenômeno autêntico, e não um subproduto da dimensão psicológica (Frankl, 2010).

Diferentemente da perspectiva psicanalítica freudiana que considera a religiosidade como uma neurose obsessiva comum ao gênero humano (Freud, 1973), a perspectiva frankliana aponta que a neurose obsessiva seria a religiosidade psiquicamente doente, quando a fé atrofia, se distorce e se desconfigura. A religiosidade só é genuína quando existencial, quando a pessoa não é impelida para ela, mas se decide por ela. Para ser verdadeira, existencial, deve ser dado o tempo necessário para que possa brotar espontaneamente. Nesse contexto, a religião só possui efeitos terapêuticos quando seu objetivo primário não é ser absolutamente psicoterapêutico, visto que tal efeito deve surgir como consequência da vivência

religiosa e não como sua principal intenção (Frankl, 2010).

Por uma perspectiva geral, os valores humanos apontados por Frankl, vivenciais, criativos e atitudinais, são abordados pelas religiões. O valor vivencial pode ser revelado através do amor ao “próximo” ou da compaixão, direcionando-se para um Tu “transcendente”. O valor criativo, por sua vez, apresenta-se na condição do homem religioso como cocriador do mundo, por uma visão judaica, o mundo não se encontra acabado por seu Criador. Já o valor atitudinal, por fim, é abordado através da busca de sentido em condições de sofrimentos inevitáveis, onde essa busca também pode ser compreendida pela ótica religiosa, tendo em vista que boa parte das matrizes religiosas se preocupa em dar respostas ao sofrimento humano (Aquino, 2014).

A Logoterapia e Análise Existencial pode compreender uma psicologia da religião tendo como parâmetro a teoria do conhecimento. Podem ser levados em consideração três elementos fundamentais do ato de conhecer: sujeito-imagem-objeto. Tais elementos se unem por uma concepção fenomenológica na apreensão dos objetos do conhecimento, tendo em vista que a principal característica do sujeito seria a consciência, que está aberta para o mundo, visto que é por essa abertura que se faz possível apreender a essência dos objetos. Portanto, o ato de conhecer pressupõe uma transcendência do sujeito, o sair de sua esfera para a esfera do objeto. O objeto, por sua vez, transfere as suas propriedades por meio da imagem que liga o sujeito ao objeto cognoscível (Aquino, 2014).

Desse modo, perspectivando a totalidade do fenômeno religioso, podemos compreendê-lo em três esferas: a psíquica (o ser em mim: a experiência do sujeito em relação ao sagrado); a lógica (razão: argumentos ontológicos da existência de Deus); e a ontológica (o ser em si: o *supra - Ser*). Para a logoterapia então, o sujeito da primeira esfera do fenômeno religioso é o *Homo religious*, homem religioso. Nessa esfera são considerados os aspectos inerentes ao ser humano, como a vontade de sentido último. Essa ideia se apóia no pensamento de três autores. Primeiramente no pensamento de Wittgenstein (1961), quando afirma que o fato de se acreditar em Deus significa dizer que há um sentido na vida. Einstein (1981), formulou que quando o homem se interroga sobre o sentido de sua vida, e responde a tais questões é porque tem um espírito religioso. O terceiro autor, Paul Tillich (1961), retoma que ser religioso é fazer uma pergunta apaixonada pelo sentido da existência do homem (Aquino, 2014).

Através do pensamento desses três autores, evidencia-se uma equivalência entre o ser religioso e busca de sentido. Pode-se pensar que se todos os seres humanos buscam um sentido para a vida, logo todos seriam religiosos. E, conseqüentemente, a fé religiosa se originaria na pergunta acerca do sentido da vida, mais especificamente no sentido último da vida (Aquino, 2014).

As crenças, por sua vez, podem advir dos valores e sentidos descobertos por homens notáveis, onde, pela perspectiva frankliana, a religião se origina, através da descoberta de novos valores, onde o sentido que era único passa a ser universal. A religião se constitui como um sistema simbólico, representando uma ligação entre o homem, como um ser imperfeito, com um “Ser absoluto”. O homem religioso, ao expressar sua religião por meio das tradições ou esquemas religiosos já estabelecidos, não precisa recriar nenhuma linguagem nova nem símbolos religiosos para se relacionar com o “Ser último” (Aquino, 2014).

Conforme as ideias franklianas, existem duas tendências identificadas no homem religioso moderno. A ideia de afastar das denominações que fazem apenas proselitismos e a de se aproximar de Deus por meio de uma linguagem muito pessoal. Essa última forma de expressão religiosa poderia ocorrer por meio de orações sem palavras (Frankl, 1992).

A perspectiva frankliana aventa que a humanidade não caminha em direção a uma religiosidade universal, nem tão pouco para uma extinção das religiões institucionalizadas, mas antes para uma religiosidade pessoal, profundamente personalizada, uma religiosidade a partir da qual cada um encontrará sua linguagem pessoal, sua linguagem própria, originalmente sua, ao voltar-se para Deus. Entretanto, isso não significa que não se terá ritos e símbolos em comum. Assim como existe uma multiplicidade de línguas, elas não deixam de ter um alfabeto comum. De uma forma ou de outra, em sua diversidade, as diferentes religiões são como idiomas diferentes: ninguém pode dizer que sua língua é superior as outras, em cada língua o ser humano pode chegar-se à verdade, bem como pode errar e mentir. Assim, também por meio de qualquer religião ele pode encontrar Deus (Frankl, 2010).

A religiosidade humana, a partir dessa abordagem, surge por meio de indagações seculares da humanidade em várias culturas religiosas, como: Quem sou? De onde venho e para onde vou? Por que existe o mal? O que existirá após a vida? Desse modo, o pensamento frankliano estabeleceu um diálogo entre a

psiquiatria e a teologia, ao refletir que a psicoterapia estaria para a “cura da alma”, assim como a religião estaria para a “salvação da alma”. Entretanto, refletiu-se o fato de que a religião, por um efeito colateral, e não como finalidade, pode levar a “cura da alma”, ou um efeito psicogênico, na medida em que a pessoa religiosa encontra, em sua fé, a sensação de proteção (Aquino, 2014).

O pensamento de Frankl concebe que uma análise existencial não requer provas da existência de Deus, ela descreve a vivência do homem religioso. Partindo de uma diferença ontológica entre ser e coisa, este autor defende uma diferença dimensional entre “Ser último” e “ser humano”, implicando na incapacidade humana de falar de Deus, pois resultará sempre em reificação e personificação, tornando Deus uma coisa. Desse modo, o homem não poderia romper essa diferença entre o mundo humano e o divino, mas pode buscar esse sentido último através da fé que é intermediada pela crença nesse “Ser último” (Frankl, 2011).

A existência humana vai além de si mesma, sempre indicando um sentido. O que importa à ela não é o prazer, o poder ou a auto-realização, mas antes o cumprimento de sentido. A perspectiva logoterapêutica existencial ocupa-se da vontade de sentido e dessa como sentido último, em que a derradeira análise a fé religiosa é uma fé no suprasentido, uma confiança no suprasentido. Quando se compreende o fenômeno que é o crer não como uma fé em Deus, mas como uma fé mais abrangente num sentido, então é legítimo que se estude e busque compreender o fenômeno da fé. A fé não é uma maneira do homem pensar distante da realidade, mas uma maneira de pensar à qual se acrescentou a existencialidade do homem pensador. Para o homem religioso, portanto, na “voz da consciência” ressoaria a voz da transcendência (Frankl, 2010).

De maneira geral, a vivência da religiosidade é um fenômeno saudável da vida humana. No entanto, existem situações possíveis em que ela possa passar por distorções decorrentes do tipo de vivência religiosa. Um primeiro exemplo dessa distorção é quando a religião é concebida por uma atitude fanática, pelos proselitismos religiosos, onde o homem, induzido pelo fanatismo, não enxerga o ser pessoal do outro, não admite o pensamento diferente do seu. Um segundo exemplo é quando a religiosidade é atrofiada e sentimentos religiosos são reprimidos, onde a vivência religiosa poderá se manifestar, de forma distorcida, por meio de superstições (Frankl, 1991). A postura logoterapêutica diante dessas situações se dá de forma intermediária. Advoga-se que não há religiosidade “superior” ou “inferior”,

bem como se admite uma postura que desreprime a religiosidade inconsciente, visto que em alguns casos há uma deficiência na relação com a transcendência na forma neurótica de existir (Frankl, 2010).

Conforme Aquino (2014), o pensamento da modernidade parece dar descrédito ao pensamento religioso, de tal forma que as pessoas começam a ter um pudor em relação à religiosidade ou reprimem os sentimentos religiosos, por os considerarem ingênuos. No entanto, Frankl (2011) identifica uma diferença dimensional entre o mundo e o mundo divino, que poderia ser intermediado pela fé ou na crença em um suprasentido ou um “Ser último”. Segundo ele, a dificuldade de compreensão decorre de três perspectivas: a lógica, a histórica e a antropomórfica.

A perspectiva lógica constata a dificuldade de superação dessa barreira entre as duas dimensões por meio de argumentos racionais que apelam para a “revelação”, ela não induz ninguém à crença em Deus, visto que o fato de dar crédito à revelação como fonte de informação já pressupõe que se creia em Deus (Frankl, 2011).

A perspectiva histórica se refere ao fato de que Deus não deixou rastros, por conseguinte, pela falta de comprovação empírica, haveria certo rechaço com as religiões. Já a perspectiva antropomórfica decorre do fato de que, tratando-se de um Deus “oculto”, existe um excesso de atributos humanos que são transferidos para o “Ser último”. Desse modo, os sentimentos religiosos seriam considerados ingênuos na maioria das vezes e, conseqüentemente, o homem moderno tenderia a reprimi-los (Aquino, 2014).

Por decorrência desse fato, Frankl (2012) reflete que o homem foi conduzido a pensar na razão como uma “deusa”. E pensando nesse aspecto, o autor conclui que a repressão não seria mais a repressão sexual, conforme apontada por Freud, mas sim a repressão religiosa. Tal repressão permite que pessoas não religiosas manifestem sonhos religiosos, acreditando que todos os homens, no fundo do inconsciente, possuem fé, por mais reprimida e soterrada que seja, podendo o homem ser muito mais religioso do que possa admitir (Frankl, 2006).

Através de sua prática clínica, percebendo a religiosidade reprimida através de constatação de sonhos religiosos em pessoas irreligiosas, Frankl vê nos sonhos uma via para o inconsciente transcendente, tendo em vista que as imagens oníricas desvelam um relacionamento íntimo com um Deus oculto à consciência. Ele percebe

que no percurso da terapia algumas pessoas se encontram com uma raiz ou origem religiosa em seus inconscientes, apesar de que a terapia não tenha nenhuma relação com a religião, nem tenham sido abordadas questões de cunho religioso (Aquino, 2014).

No entanto, tais imagens oníricas não se constituem como padrões ou arquétipos herdados geneticamente, tendo em vista que: o homem já nasce imerso em sua cultura, e assim como na linguagem, os símbolos religiosos são transmitidos pela tradição; constitui-se dentro do ambiente religioso-cultural, recebendo as suas primeiras imagens religiosas, o que pode ser entendido como a religiosidade primordial, a qual se configura como uma fé infantil; a fé é, em seguida, reprimida, ocultando-se para a consciência e por esse motivo, quando a religiosidade emerge, ela vem relacionada às experiências infantis. Desse modo, Frankl (2006) concluiu que, às vezes, as vivências religiosas inconscientes coincidem com imagens mais antigas, que remetem à época infantil.

Portanto, a partir dessa perspectiva apresentada, a religião e a religiosidade tornam-se objetos de análise como uma via para o encontro de sentido. O fenômeno religioso não decorre da imanência da consciência, mas sim tendo origem na liberdade e transcendentalidade humana. Nesse entendimento, ele não se manifesta dentro dos limites da mera ciência natural. A perspectiva fenomenológica, nesse contexto, busca compreender tal fenômeno a partir da intencionalidade, onde o pesquisador entende que as coisas não podem ser isoladas de sua manifestação (Gil, 2010).

Assim sendo, buscou-se compreender tais fenômenos, da espiritualidade e religiosidade, através da experiência de pacientes e da equipe de uma unidade de cuidados paliativos. O contexto da palição é um campo fértil para manifestação dessas demandas por envolver-se de forma direta com o processo de morte e finitude e o cuidado a todas as dimensões humanas, inclusive à dimensão espiritual e religiosa, conforme será apresentado no próximo capítulo, ao apresenta a filosofia e diretrizes dos cuidados paliativos.

4 CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDADO TOTAL DIANTE DO SOFRIMENTO E DO MORRER

Conforme o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde, através da Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS, os aspectos religiosos dos pacientes atendidos devem ser considerados nas demandas e serviços da assistência à saúde, prevendo também que os profissionais que atendem a essa área de cuidados devem estar preparados para lidar com o processo de morte do paciente e reconhecer quais são suas demandas nesse momento final, para que o indivíduo possa ter um cuidado humanizado em toda sua vida, inclusive até no momento de sua morte (Ministério da Saúde, 2003).

Respondendo a essas expectativas do cuidado humanizado à pacientes que se encontram com doenças crônicas potencialmente ameaçadoras da vida, surge a filosofia dos Cuidados Paliativos.

4.1 Os cuidados paliativos: uma abordagem de cuidado total

Os Cuidados Paliativos surgem como uma área de cuidados voltada para o tratamento da dor e de outros problemas de ordem física e psicossocial, assim como também espiritual. Tal abordagem preconiza a qualidade de vida de pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados com doenças ameaçadoras de vida, enfocando a prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, configurando assim um processo que preza pela dignidade do ser até o momento de sua morte (Mccoughlan, 2004; OMS, 2002).

O termo paliativo é derivado do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta. Nesse sentido, a causa da doença não pode ser curada, mas sim “cobertos” por tratamentos específicos, como, por exemplo, por analgésicos. O termo *palliare* também têm origem no latim, significando proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, a perspectiva de cuidar e não apenas curar surge amplamente, trazendo a essência da medicina como foco fundamental. Desse modo, o termo paliativo, portanto, implica em um enfoque holístico, considerando a dimensão física, a dimensão psicológica, social e espiritual (Pessini, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), em uma reformulação mais

atual do conceito, apresenta a definição dos cuidados paliativos da seguinte forma:

“Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”.

Nessa perspectiva, os Cuidados Paliativos têm se mostrado como uma área essencial a ser atendida pelos sistemas de saúde (McCoughlan, 2004). E, para tanto, é necessária a mobilização multiprofissional de diversas áreas: a medicina, a enfermagem, a fisioterapia, a terapia ocupacional, o serviço social e a psicologia. Cada especialidade profissional apontada tem seu papel e importância fundamental para o funcionamento da equipe de cuidados paliativos (Kovács, 2004).

O termo cuidados paliativos teve origem no movimento *hospice*. Os *hospices* se originaram em Roma, no século IV da era cristã, quando uma enfermeira abre em sua casa um local de atenção aos necessitados, através de obras de caridade cristã. Desde essa época até os dias atuais da medicina paliativa há a concepção de *hospice* tanto como um local que dá hospitalidade como a relação que é estabelecida no tratamento.

O primeiro *hospice*, de fato, foi fundado na França, em Lyon, no ano de 1842, criado especificamente para os moribundos que estavam morrendo. Inicialmente os *hospices* eram abrigos para peregrinos durante seus percursos e tinham uma gênese religiosa, e logo após foi aberto para pacientes com câncer. O *hospice* não se referia a um lugar físico, mas sim uma filosofia, um movimento de cuidados que é concretizada no serviço prestado, onde quer que o paciente se encontre. No entanto, em algumas situações, o *hospice* se constitui em um lugar institucional para morrer, mas, de forma geral, ele proporciona cuidados aos pacientes na fase final de suas vidas nas suas próprias residências (Pessini, 2004).

Em 1967 o *Saint Christopher's Hospice* é fundado por Dame Cecily Saunders, que revolucionou esta filosofia, definindo-a como o cuidado da pessoa que está morrendo, o que veio a ser denominado “cuidados paliativos”. A partir de então, foram surgindo novos *hospices*, como o de Londres, em 1990. Iniciou-se uma nova concepção de cuidar, e não só de curar, focado no paciente até o final de sua vida. Um campo novo foi criado: o da medicina paliativa, aglutinando a essa filosofia equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas. O ato

de cuidar, continha agora dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e o cuidado envolvendo as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias (Melo & Caponero, 2009).

Cecily Saunders, descrevendo o sofrimento das pessoas que se encontram com doenças terminais, identificou quatro elementos que compõem a denominada “dor total”, que são: dor física, dor psicológica (emocional), dor social e dor espiritual. Ela define que o cuidador deve posicionar-se diante desse sofrimento com a utilização de todas suas habilidades no cuidado das pessoas, com o objetivo de aliviar esse sofrimento (McCoughlan, 2004). Dessa forma, o foco central dos cuidados paliativos está na direção de todas as experiências do paciente e de sua família de viver com uma doença incurável e o processo de morrer.

Dentro desta perspectiva de promover a qualidade de vida, alguns atributos são levados em consideração no que se refere aos cuidados paliativos. A afirmação da vida e a morte como processos naturais, o não adiantamento ou adiamento do morrer, a busca do alívio da dor e outros sintomas desconfortáveis, a integração dos aspectos psicossociais e espirituais nos cuidados do paciente, o oferecimento de apoio e ajuda aos pacientes para viver tão ativamente o quanto possível até a sua morte e a disponibilidade de um sistema de apoio para com a família ao lidarem com a situação durante a doença do paciente e no processo do luto (McCoughlan, 2004).

A aplicação dos cuidados paliativos cria um espaço favorecedor de despedidas, de preparo para a separação, e de um pensar na vida daqueles que sobreviverão. É nesse espaço que são abertas novas discussões sobre ética e sobre os cuidados no fim da vida, em meio a diversidade de valores e credos religiosos, implicando no questionamento acerca da medicina autoritária e propondo a escuta do paciente e de sua família (Kovács, 2004).

As equipes de assistência em cuidados paliativos consideram que sempre há muito sofrimento envolvido no processo de adoecimento e morte. Esse sofrimento pode aparecer de forma multideterminada. O sofrimento físico, incluindo dor severa, dispneia, fadiga, perda do apetite, náusea e vômito, obstipação, insônia, feridas, delirium, convulsões entre outros sintomas de variadas naturezas que devem ser investigados e prontamente aliviados, preferencialmente através do controle de causas reversíveis. O sofrimento psíquico, que pode incluir a ansiedade, o medo, a depressão, a perda da dignidade, a solidão, o medo de se tornar um estorvo e de

causar sofrimento aos entes queridos, bem como o medo de que seus sentimentos não sejam valorizados e de ser abandonado. O sofrimento existencial, incluindo questões como o significado da vida, da morte e do sofrimento, questões de cunho religioso, culpas, necessidade de perdão, entre outras questões (Doyle, 2009).

De acordo com Doyle (2009), o trabalho realizado por uma equipe paliativa ocorre em uma unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas a necessidades mais complexas dos doentes. Deve apresentar um espaço destinado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico.

Nesse sentido, a palição vai muito além de tratar sintomas, mesmo o mais comum deles – a dor. A questão primordial é a qualidade de vida, e não apenas o tempo à vida atribuído. Além disso, propõe-se além do acompanhamento físico e psicossocial, o acompanhamento espiritual, onde se faz necessário um olhar profundo na espiritualidade do indivíduo, considerando-a como fator determinante no seu processo de morte. Para tanto, torna-se importante que o profissional que acompanha um indivíduo sob cuidados paliativos, considere sua dimensão espiritual ao atendê-lo (Melo & Caponero, 2009) e, conseqüentemente, a perspectiva da religiosidade que possa surgir como uma forma de manifestação dessa espiritualidade. A manifestação da expressão religiosa pode surgir na experiência vivida pelo paciente em palição, podendo ser considerada no cuidado a ele oferecido, como uma característica marcante no processo de encontro de sentido no momento da morte.

4.2 O sentido da morte: humanizando o morrer

No contexto dos cuidados paliativos, o cuidar do morrer, orientando-se pela perspectiva existencial, têm-se a concepção da mortalidade humana como uma ruptura de todas as possibilidades de ser-no-mundo (Heidegger, 1990; Abbagnano, 1993), onde o homem é o único ente que possui a consciência da transitoriedade da sua existência. Por esta perspectiva, compreende-se a finitude humana associada com a formação de uma cosmovisão bem como a preocupação acerca do sentido da vida (Frankl, 1989).

Essa interpretação existencial da morte antecede toda biologia ou psicologia

da vida, sendo essa interpretação que embasa qualquer investigação histórico-biográfica e psico-etnológica da morte. Nesse contexto, a morte é compreendida como “o fim do ser-no-mundo. Esse fim, que pertence ao poder-ser, isto é, à existência, limita e determina a totalidade cada vez possível da presença” (Heidegger, 1990).

A morte, como o último elemento da tríade trágica apontada por Viktor Frankl, traz certo incômodo ao homem, por se deparar com a sua condição de existência finita. O processo de morrer é o término de um processo evolutivo que iniciou como o nascimento da pessoa. Diante disso, a morte é relacionada com o sentido da vida trazendo o pensamento de que é a morte que dá sentido a vida. Se o homem fosse imortal, adiaría sempre suas escolhas e não as realizaria, mas com a consciência de sua finitude, o homem é obrigado a aproveitar o tempo de vida que ainda possa ter, ou seja, há um limite para a possibilidade de realização de sentido (Frankl, 2011).

Por esta perspectiva, pode-se pensar que é possível encontrar um sentido até mesmo na situação da morte. O sentido que se encontra no morrer, não cessa a dor de sua presença, no entanto, ajuda a pessoa a enfrentá-la e suportá-la, possibilitando que o indivíduo não fique mergulhado em seu desespero e passividade. Isso pode ser considerado no fato de que o sofrimento sem sentido resulta no desespero, e se conseguimos agregar um sentido ao sofrimento, o desespero pode deixar de existir. Desse modo, a morte tem a possibilidade de transformar a vida do ser humano, portanto, ela só tem sentido ao passo que se percebe o significado que ela possa ter na vida. Isto é, o homem, ao pensar o que a morte vai interromper sua vida, pensa nas mudanças que deve fazer ou nas coisas que realmente são importantes para ele (Frankl, 1991, 2011).

Os pacientes que se encontram em cuidados paliativos podem se deparar com a certeza mais próxima de sua finitude, sendo levado, portanto, a pensar acerca do sentido último de sua existência. Sendo assim, esse sentido último, ou “suprassentido”, pode não ser encontrado por uma questão de conhecimento intelectual, mas sim por uma questão de fé, pois não é possível se relacionar com esse sentido maior apenas por uma perspectiva racional, mas também por uma perspectiva existencial. É nesse movimento que a religiosidade pode apresentar-se como uma âncora espiritual, de um sentimento de segurança que ele não poderia encontrar em qualquer outro lugar (Frankl, 2011; Moreira & Holanda, 2010).

É nesse sentido que esse estudo buscou se debruçar sobre como se tem

vivenciado as demandas espirituais e religiosas no contexto da palição. Embora seja um cuidado exigido no olhar paliativo, percebe-se através dos estudos já realizados, que muitos profissionais ainda não conseguem diferenciar e lidar de forma segura com o mesmo, ou muitas vezes acabam elecando profissionais e pessoas específicas para a realização desse cuidado, o que deve ser feito de forma integral e em equipe.

Nesse intuito, no contexto de uma unidade de assistência paliativa de um hospital filantrópico, objetivou-se compreender a experiência espiritual e religiosa dos pacientes e como os mesmos se sentem atendidos em suas demandas espirituais e religiosas, bem como a experiência espiritual e religiosa dos profissionais da assistência e como eles têm lidado com as demandas espirituais e religiosas de seus pacientes. Os caminhos metodológicos seguidos para alcançar tal finalidade serão apresentados no capítulo a seguir dessa tese.

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa apresenta-se com caráter qualitativo de cunho fenomenológico. Segundo Amedeo Giorgi “O método fenomenológico tem como objetivo investigar o sentido da experiência humana”. Enquanto o “investigar é um não saber, uma indagação permanente, um olhar em constante abertura sobre o homem e o mundo” (Giorgi & Sousa, 2010. p.14).

A fenomenologia surgiu como movimento filosófico a partir da obra de Edmund Husserl, provocando um profundo impacto não apenas na filosofia, mas influenciando a forma como o homem pensa a si e ao seu mundo. Portanto, a perspectiva da fenomenologia surge a partir de um projeto duplo, por se constituir como teoria do conhecimento e como método de investigação adequado para os estudos dos atos da consciência humana. A psicologia fenomenológica estuda e investiga os fenômenos intencionais da consciência. Desse modo, as investigações da psicologia fenomenológica tem validade intersubjetiva, mas são dependentes do contexto, não se alegando uma validade universal (Giorgi & Sousa, 2010).

Através do pensamento fenomenológico, essencialmente descritivo e flexível, há uma possibilidade de contrariar a tendência dominante nos meios científicos de privilegiar a explicação e a análise dos fatos. Nessa perspectiva se considera que os fenômenos são sempre anteriores às teorias e aos conceitos. Para tanto, prioriza-se a descrição das experiências vividas pelos sujeitos pesquisados sobre um determinado fenômeno com o objetivo de buscar sua estrutura essencial (Gil, 2010).

No âmbito da investigação qualitativa, a psicologia fenomenológica se propõe a investigar temas, fenômenos específicos, e não a visão idiossincrática de indivíduos. Seu objeto de estudo é a vivência intencional, sentido da experiência humana, baseado no princípio da intencionalidade, considerando que a consciência humana é sempre consciência de algo, estando sempre voltada para fora de si mesma, dirigida a um objeto. Portanto, o fenômeno estudado não é o objeto de uma experiência, mas sim o aparecer do objeto, a vivência intencional em que este surge (Giorgi & Sousa, 2010).

Em tal contexto, a psicologia fenomenológica pretende investigar a experiência vivida dos sujeitos, analisando como é que os objetos são dados diretamente à consciência, como é que é a experiência desses fenômenos. A análise fenomenológica, portanto, foca-se na experiência imediata do sujeito e no modo

como os objetos se presentificam diretamente à consciência. Esse método mantém uma componente descritiva, no sentido em que o resultado final do processo de análise reflete uma descrição em síntese dos significados psicológicos essenciais da experiência dos participantes da investigação (Giorgi & Sousa, 2010).

No atual contexto internacional de investigação qualitativa em Psicologia, Giorgi e Sousa (2010) aponta que a fenomenologia tem sido utilizada como instrumento que permite ascender e validar as perspectivas pessoais dos participantes na investigação. Em muitos contextos da pesquisa qualitativa, a pesquisa fenomenológica tem sido erroneamente confundida com uma metodologia que dá voz a depoimentos subjetivos da experiência vivida dos sujeitos. No entanto, é necessário diferenciar entre os relatos subjetivos da experiência humana e os dados sobre a experiência subjetiva humana.

Este estudo se constitui a partir da visão fenomenológica que busca investigar o fenômeno da espiritualidade e religiosidade, considerando que esses fenômenos sejam compreendidos em uma totalidade contextual, questionando-se como ele se dá tal na experiência de cuidado de profissionais e pacientes que se encontram no contexto dos cuidados paliativos.

5.1 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de João Pessoa-PB, em uma Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital público filantrópico da cidade, através de busca ativa de pacientes e profissionais de saúde que estavam inseridos no referido serviço.

O hospital em questão se originou através do trabalho de um padre conhecido no território paraibano por suas ações e obras de caridade, principalmente a pessoas de baixo poder aquisitivo e moradores de rua. Para atender à hospitalização de doentes e manter os pobres albergados, alimentados e protegidos, o Padre José Coutinho buscou na ajuda de fiéis uma forma de manter e cuidar do sustento e da saúde dos sujeitos que por ele eram assistidos.

No ano de 1973, o padre fundador da instituição falece e com isso o hospital passou por várias crises, fechando diversas vezes, só conseguindo se reestruturar a partir de 1995, mantendo seu funcionamento normal até hoje, através de doações e investimentos filantrópicos.

Atualmente, o hospital foi adotado por uma instituição de ensino privado de João Pessoa-PB como hospital-escola, o que possibilitou maiores investimentos e ampliação dos serviços nele prestados, inclusive da efetivação da enfermagem de Cuidados Paliativos, que ainda vem ganhando espaço e formando seu corpo clínico segundo essa filosofia de cuidados. É válido ressaltar que o hospital ainda recebe doações para a plena realização e manutenção de suas atividades, no atendimento ao público de classe média baixa e pobre da cidade de João Pessoa e outras cidades circunvizinhas.

Nesse contexto, a pesquisa foi realizada através de coleta dos dados que aconteceu no período de outubro a dezembro de 2018.

5.2 Participantes

A amostra da pesquisa se deu por conveniência, sendo composta por dois tipos de participantes. O primeiro grupo reúne oito pacientes que estavam em atendimento paliativo nas enfermarias da Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital público do município de João Pessoa-PB no período da coleta dos dados, conforme apresentados no quadro 1 através de nomes fictícios. O outro grupo reúne sete profissionais de saúde que atuam nessa mesma unidade de palição do referido hospital, apresentados no quadro 2.

Paciente	Idade	Sexo	Religião
José	90	Masculino	Protestante (refere ter se convertido no hospital)
Lucas	48	Masculino	Não tem religião, acredita em Deus
Pedro	40	Masculino	Protestante Igreja Pentecostal
João	73	Masculino	Não tem religião (Refere ter “aceitado Jesus no hospital”)
Mateus	74	Masculino	Protestante Adventista
Madalena	66	Feminino	Não tem religião, acredita em Deus (Deixou de ser Testemunha de Jeová)
Marta	73	Feminino	Protestante Igreja Batista Missionária
Maria	61	Feminino	Católica

Quadro 1: Pacientes colaboradores entrevistados

Profissional	Idade	Tempo de formado	Tempo no serviço de CP	Religião
Nutricionista	56	30 anos	10 anos	Católica praticante
Psicólogo	45	16 anos	10 anos	Protestante Igreja Batista
Enfermeira	35	1 ano	6 meses	Protestante Assembleia de Deus
Assistente Social	48	19 anos	8 anos	Católica praticante
Fisioterapeuta	40	2 anos	1 ano e 5 meses	Católica praticante
Técnica de enfermagem	24	2 anos	1 ano	Protestante Betel Brasileira
Médico	34	5 anos	1 ano	Não possui religião, exercita espiritualidade e crê em Deus

Quadro 2: Profissionais colaboradores entrevistados

O setor de Cuidados Paliativos do hospital onde foi realizada a pesquisa apresenta, em sua maior parte, pacientes em condições clínicas mais graves, impossibilitados de verbalizar, por estarem em sua maioria inconscientes, com demências avançadas e/ou situação de fragilidade física que comprometiam sua interação com a pesquisadora. Desse modo, foram entrevistados apenas os pacientes internados no período de coleta da pesquisa, que estavam em condições físicas e clínicas de participarem da entrevista proposta pela pesquisadora e concordaram voluntariamente em participar do estudo, totalizando o número de oito pacientes. No que tange aos profissionais de assistência do setor de Cuidados Paliativos do hospital, foi entrevistado um representante de cada especialidade existente na equipe de assistência paliativa.

Os critérios de inclusão dos colaboradores da pesquisa foram:

- Para os profissionais de assistência: prestar serviço aos pacientes na unidade de Cuidados Paliativos do hospital público mencionado e ser maior de idade.
- Para os pacientes: estar interno na unidade de Cuidados Paliativos referida, não apresentar patologia psiquiátrica que impeça a compreensão da entrevista e ser maior de idade.

Os critérios de exclusão para os profissionais e pacientes foram: Apresentar

patologia psiquiátrica que impeça a compreensão da entrevista e ser menor de idade.

5.3 Instrumentos

A entrevista foi semiestruturada e individual, disparada a partir de questões norteadoras. Na entrevista com os pacientes colaboradores, foram feitas duas perguntas norteadoras:

- Como o senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual?
- Como os profissionais que atendem o senhor (a) tem lidado com sua espiritualidade e religiosidade?

No que se refere aos colaboradores profissionais de saúde foram feitas as seguintes perguntas:

- Como o senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual?
- Como o senhor (a) lida com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes que atende?

Foi utilizado também como instrumento o Diário de Campo, com as impressões da pesquisadora sobre o processo de realização da pesquisa. É, pois, juntamente com as entrevistas e o diário de campo que são descritos e analisados os fenômenos estudados e compreendidos, os lugares e momentos narrados pelos sujeitos ao pesquisador, assim como esclarecer a atitude destes nas interações que vinhessem a se estabelecer (Weber, 2009).

É possível identificar três tipos de diários de campo. O primeiro se refere ao diário de campo específico da etnografia. O segundo refere-se ao diário de pesquisa, que pode ser desenvolvido por um historiador ou filósofo. O terceiro e último, se refere a um “diário íntimo”, que segue o modelo dos diários autobiográficos onde são registrados os humores e as emoções de seu autor (Weber, 2009). Foi a perspectiva desse último tipo de diário que foi utilizado nesse estudo, ao passo que a cada dia em que foi realizada a experiência prática da pesquisa, através da coleta de dados por entrevistas, a autora depositava em seu diário de campo as emoções sentidas, as impressões e observações construídas na experiência do estudo.

Segundo Weber (2009), o que se escreve em um diário de campo não é algo

secreto, é um estoque de materiais para utilizarmos sem preconceito, mas cientes dos seus propósitos. Nesse sentido, os relatos do diário de campo da autora serão apresentados quando necessário, na medida em que forem sendo tecidas as discussões referentes às unidades de sentido apreendidas na análise das entrevistas, de modo que possam externar as impressões pessoais e dados percebidos na experiência vivida da entrevista. Assim, será possível contribuir na compreensão dos sentidos encontrados e dialogar no sentido do melhor entendimento do contexto da pesquisa e suas repercussões, o que caracteriza um diferencial da pesquisa fenomenológica.

No diário de campo, foram registradas observações do contexto hospitalar e da enfermaria onde se realizou a pesquisa.

5.4 Procedimentos de coleta dos dados

A pesquisa iniciou após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco com parecer n. 2.925.781 (ANEXO A). Inicialmente, houve um primeiro contato com a superintendência do hospital escolhido, para apresentação da pesquisa, pedido de autorização e assinatura da carta de anuência, através da apresentação da intenção da pesquisa e da pesquisadora à Unidade de Cuidados Paliativos do hospital onde seria realizado o estudo. As entrevistas só tiveram início após a assinatura da Carta de Anuência (ANEXO B) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte de todos os participantes (APÊNDICE B).

A captação dos dados foi realizada pela própria pesquisadora através de busca ativa dos pacientes que estavam nos leitos da Unidade de Cuidados Paliativos do hospital e de profissionais de saúde que atuavam nesta mesma unidade e apresentavam disponibilidade no período da coleta. Diante da rotina do setor ser instável, em algumas situações foi necessário agendar com os profissionais o melhor momento para realizar a entrevista com os mesmos, a fim de não prejudicá-los no exercício da assistência.

Antes da entrevista semiestruturada, tanto com o profissional quanto com o paciente, era feita uma coleta de dados sócio-demográficos como idade, sexo, religião, e no caso dos profissionais foram acrescentadas informações sobre a profissão e tempo de atuação. Além disso, a pesquisadora solicitava permissão para

gravar as entrevistas e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É válido destacar que os pacientes foram apresentados nesse estudo através de nomes fictícios, a fim de resguardar suas identidades, respeitando os parâmetros éticos de pesquisa.

5.5 Procedimentos de análise interpretativa dos dados

Após a realização das entrevistas, foi iniciado o processo de sistematização e análise dos depoimentos coletados, tomando como estratégia de análise os procedimentos adotados na análise qualitativa fenomenológica de Amedeo Giorgi. Tal análise lida com as descrições de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas em relação a um determinado fenômeno, e seguiu os quatro passos que serão apresentados (Giorgi, 1985).

O primeiro passo tratou o sentido do todo, que corresponde à leitura de toda a descrição da entrevista, a fim de alcançar o sentido geral das falas. Para isso, foi necessário compreender a linguagem de quem descreve, extraíndo o sentido geral dos discursos encontrados. Desse modo, o senso geral obtido foi a base para o passo seguinte.

O segundo passo foi caracterizado pela discriminação de unidades de sentido com base em uma perspectiva psicológica, no qual o foco foi o fenômeno pesquisado. Após apreendido o sentido do todo, foi feita a releitura do texto, objetivando discriminar as unidades de sentido na perspectiva psicológica, focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado. Tal passo é justificado pelo fato de que não se pode analisar um texto inteiro simultaneamente, sendo necessário fragmentá-lo em unidades de sentido, que emergem sempre que se percebe uma mudança psicologicamente sensível de significado da situação para o sujeito. Tais discriminações foram espontaneamente percebidas dentre as descrições dos sujeitos e alcançadas quando a pesquisadora assumiu uma atitude psicológica em relação à descrição concreta. Nesse passo, a linguagem do sujeito quase não foi modificada e, fez-se essencial para o método que as discriminações ocorressem primeiro para que posteriormente pudessem ser interrogadas.

O terceiro passo configurou-se na transformação das expressões cotidianas do sujeito em linguagem psicológica, com ênfase no fenômeno que se investiga. Uma vez que as unidades de sentido foram delineadas, a pesquisadora, então,

passou por todas elas e expressou o sentido psicológico contido em cada uma. Desse modo, fez-se então a transformação da linguagem do dia a dia do sujeito em linguagem psicológica apropriada, enfatizando sempre o fenômeno em estudo. O objetivo desse passo foi alcançado por meio de uma ampla interrogação do texto, no intuito de verificar o que exatamente o narrador quis expressar com seus termos. Assim, essa fase teve o propósito de chegar às categorias, passando por expressões concretas.

O último passo desse método fenomenológico buscou a síntese das unidades de sentido transformadas em uma declaração consistente da estrutura do aprendizado. Portanto, a pesquisadora propunha que se sintetizassem todas as unidades de sentido transformadas em uma declaração consistente da significação psicológica dos fenômenos observados em relação à experiência do sujeito, denominando essa síntese de estrutura da experiência.

Para realização dessa tarefa, foi preciso que a pesquisadora reagrupasse os constitutivos relevantes para que fosse possível chegar a uma análise da estrutura do fenômeno. Todas as unidades de sentido transformadas foram consideradas. Foi seguido o critério de que todas as unidades transformadas estivessem, pelo menos implicitamente, contidas na descrição geral. Sendo assim, a estrutura da experiência pode, então, ser comunicada a outros pesquisadores com o propósito de confirmação ou de crítica.

Na confecção dos resultados finais, foram consideradas também as anotações do diário de campo da pesquisadora e a reflexão teórica à luz da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl. Desse modo, os resultados encontrados e as análises realizadas a partir dessa trajetória metodológica serão apresentados no próximo capítulo.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse momento serão iniciadas as apresentações das narrativas encontradas através das entrevistas que foram realizadas na pesquisa. Tais narrativas serão apresentadas através de unidades de sentido que foram construídas a partir da análise interpretativa de Amedeo Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010).

Diante das unidades de sentido psicológico apreendidas, foi realizada uma estruturação geral das constitutivas mais relevantes, em que foi determinada a estrutura geral de significados psicológicos da experiência e cuidado espiritual e religioso para os profissionais e pacientes entrevistados. Desse modo, a fim de facilitar o entendimento e as discussões do material encontrado, serão apresentadas separadamente as unidades de sentido apreendidas na análise da fala dos pacientes e dos profissionais colaboradores.

6.1 Sentidos de espiritualidade e religiosidade para pacientes em palição

Na experiência das entrevistas com os pacientes algumas emoções se sobressaltaram na pesquisadora: apreensão e inquietude. É possível que esses sentimentos tenham se potencializado pelo fato da pesquisadora ter formação específica em cuidados paliativos, permitindo um olhar avaliativo e crítico diante da prática de cuidado realizada no hospital, o que não era o objetivo, tendo em vista que a mesma estaria lá apenas para fins de pesquisa.

Embora exista a definição da enfermaria do hospital onde se realizou a pesquisa ser paliativa, foi percebido que a compreensão de cuidados paliativos local ainda é superficial, o que compromete a efetivação do cuidado paliativo para com os pacientes. Essa percepção foi construída a partir do contato direto com os pacientes entrevistados e as observações feitas da rotina de cuidado nos momentos em que a pesquisadora esteve presente para a realização prática da pesquisa.

Em alguns momentos das realizações das entrevistas, o sentimento de inconformação, juntamente com o desejo de interferência profissional permitiram uma sensação conflitiva emocional, pelo fato da pesquisadora se colocar no lugar de agente da pesquisa, mesmo havendo o desejo de, em alguns momentos, intervir profissionalmente ou questionar condutas ocorridas no lócus de investigação. Isso se deu, principalmente, quando havia a percepção pessoal de que os pacientes que

foram abordados nas entrevistas apresentavam necessidades que poderiam ser paliadas e não o eram efetivamente, prejudicando a qualidade do cuidado oferecido à eles.

Partindo da concepção de que o pesquisador também é um agente transformador, essas sensações provocadas eram refletidas no final de cada dia de pesquisa no diário de campo, bem como eram discutidas em orientação, a fim de que não viessem a prejudicar o decurso da pesquisa, mas sim poder contribuir na construção dos frutos do estudo, principalmente nos retornos que possam vir à contribuir no local da pesquisa.

Em relação aos dados coletados através das entrevistas com os oito pacientes participantes, apresentados por nomes fictícios, os significados serão apresentados, a fim de aprofundar a compreensão psicológica das situações experienciadas diante das questões disparadoras: “*Como o (a) senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual*”? e “*Como os profissionais que atendem o senhor (a) tem lidado com sua espiritualidade e religiosidade*”?

Tais significados serão discutidos partir de estruturas da experiência e compreensão do cuidado perante a espiritualidade e religiosidade através das unidades de sentido: *Religiosidade*, *Experiência de cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais*; *Espiritualidade para além da religião* e *Experiências negativas associadas às crenças religiosas*, conforme apresentado no quadro abaixo:

Unidades de Sentido	Constituintes
<i>Religiosidade</i>	Importância da vinculação religiosa
	Bem estar promovido pela prática
	Sonhos religiosos
	Aproximação e distancimento religioso
	Crença em cura como milagre divino
	Encontro de sentido no sofrimento
	Respeito à diversidade religiosa no ambiente de cuidado
<i>Experiência de cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais</i>	Atitude e o acolhimento diante do sofrimento
	Distanciamento da equipe de cuidado
	Papel dos grupos de voluntariado

<i>Espiritualidade para além da religião</i>	-
<i>Experiências negativas associadas às crenças religiosas</i>	-

Quadro 3: Unidades de sentido para pacientes colaboradores entrevistados

Na unidade de sentido *Religiosidade* foram encontradas constituintes variadas que trouxeram representações da experiência religiosa dos participantes, que serão apresentadas separadamente, sendo elas: Importância da vinculação religiosa para experiência de fé; Bem estar promovido pela prática religiosa; Sonhos religiosos; Aproximação e distancimento religioso relacionados a benefícios e malefícios causado por forças sobrenaturais; Crença em cura como milagre divino; Encontro de sentido no sofrimento através de prática religiosa e Respeito à diversidade religiosa no ambiente de cuidado.

Serão apresentadas as constitutivas mais relevantes, não a totalidade, a fim de chegar a uma análise da estrutura do fenômeno pesquisado e estabelecer um diálogo com a literatura base de onde se partiu para a investigação do estudo.

No que se refere à constituinte Religiosidade: Importância da vinculação religiosa para experiência de fé ressaltam-se as falas:

“Às vezes tem gente que fala assim, para a gente ser crente não adianta ficar só na igreja não, mas quando Deus chegar e vier buscar as pessoas Dele, de repente, a pessoa vai estar em casa? É isso. Aí eu vou para a igreja.” (Pedro)

“Mas eu fui batizado na igreja do Bessa e minha filha também. Por isso que eu frequentava a igreja de lá e gostava. Cada igreja tem uma doutrina e cada um segue a que acha melhor, mas o Deus é um só. Aqui eu oro todo dia, tem que orar. Orar para comer, orar para dormir, tem que orar não é?! Oro por mim e oro pelos outros.” (Mateus)

Através das narrativas apresentadas é possível perceber como a prática cotidiana dos pacientes está vinculada à rituais e costumes religiosos, nos quais os mesmos compreendem a necessidade de experienciarem tais condutas como meio de expressarem sua fé e afirmá-la.

Por essas atitudes transcritas nas falas, percebe-se a segurança pelo seguimento de costumes religiosos, representando um conforto por meio da observância dos mesmos, até mesmo na manifestação de uma religiosidade não institucional. Desse modo podemos pensar sobre o conceito de religiosidade como o

nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo (Pontes, 2012).

Além do aspecto do envolvimento religioso como forma de expressão de fé, os gestos descritos nas narrativas nos remetem ao que o pensamento frankliano aventa acerca do homem religioso, que ao expressar sua religião por meio das tradições ou esquemas religiosos já preestabelecidos, não precisa recriar nenhuma linguagem nova nem símbolos religiosos para se relacionar com o “Ser último” (Aquino, 2014).

A constituinte Religiosidade: Bem estar promovido pela prática religiosa, pode ser representada pelas falas:

“(...) Eu me sinto tão bem na presença do meu Senhor (...). A gente está triste, de repente a gente se alegra, se participa também, eu acho bom. Pronto, a gente está triste aqui, de repente chega uma pessoa evangélica aqui, começa a louvar, cantar, de repente a gente se anima”. (Pedro)

“Eu faço oração sozinho, me sinto muito bem quando faço”. (José)

“Aí eu fui pedir ajuda a uma pastora dizendo que eu estava tendo muita dor (...). Já sofri demais, do jeito que eu estou aqui, minha irmã ora muito por mim (...). Minha irmã que é pastora, com as outras irmãs, fizeram uma corrente de oração, e já de ontem para cá está saindo, estou tomando remédio e está saindo”. (João)

Nas narrativas apresentadas evidencia-se a sensação de bem-estar e conforto produzida pela experiência religiosa para os pacientes, principalmente na situação de adoecimento e internação em que se encontram. As expressões sugerem que a percepção de segurança vinculada à prática religiosa, promove alívio e conforto diante das limitações psicofísicas dos pacientes, trazendo mudanças positivas no estado geral dos mesmos.

Por esta perspectiva, discutimos o fato de que, no momento da morte, apesar da dor e sofrimento que o homem sente, ele ainda é capaz de voltar-se para algo que não a si mesmo, que não a sua dor, transcendendo, sendo capaz de encontrar um sentido ainda no sofrimento e na morte (Frankl, 2011). No relato de Pedro é possível também encontrarmos uma ética do sentido, quando no fracasso o ser humano pode encontrar uma realização humana, o que pode não acontecer necessariamente no sucesso. Assim, o homem religioso em momentos de sofrimento olha para o seu Deus (suprassentido), estabelecendo uma relação de

confiança, principalmente quando não apreende o sentido do seu sofrimento, o que lhe traz a sensação de amparo e cuidado, potencializada pela prática religiosa.

Entretanto, é válido destacar a ideia de que a religiosidade só possui efeitos terapêuticos quando seu objetivo primário não é ser absolutamente psicoterapêutico, visto que tal efeito deve surgir como consequência da experiência religiosa e não como sua principal intenção, o que podemos refletir através dos relatos dos pacientes (Frankl, 2010).

No que se refere à *Religiosidade: sonhos religiosos*, apresentamos o trecho das entrevistas a seguir:

“Eu tive um sonho, nesses dias que estou aqui. Assim que eu cheguei eu achei muito bonito aqui, tinha uns santos e umas santas alí (...). Eu tive um sonho com essa santa lá da frente, aquela que está segurando Jesus. (...)me ajoelhei, pedi a Ele e pedi a ela, para me tirar desse mal que fizeram para mim, essa doença horrível, me livrasse de meus inimigos, me livrasse de tudo de mal. (João)

Através da narrativa apresentada pelo paciente João é possível perceber os efeitos psíquicos da religiosidade em sua influência na dimensão dos sonhos, principalmente no significado do sonho para o sujeito. Além disso, o sonho relatado pelo paciente apresenta ligação direta com o contexto de vida que o mesmo se apresentava, do ambiente hospitalar. O fato de o sonho ter apresentado em seu conteúdo a imagem da santa que havia no hospital motivou ao paciente o gesto religioso de ir ao encontro da mesma e pedir por meio da prática da oração auxílio para enfrentar o sofrimento pelo qual passava. Essa postura apresenta-se como uma forma de enfrentamento do momento de angústia pelo qual o mesmo experienciava.

A partir desse relato da interferência religiosa na dimensão dos sonhos e, por conseguinte, na vida real do paciente, podemos pensar a respeito do que Frankl (2010) defendia a respeito da religiosidade, sendo entendida como uma relação inconsciente com o transcendente que é imanente no ser humano, mas que muitas vezes permanece latente. Assim, o “inconsciente transcendente” engloba a fé inconsciente da pessoa, o que significa que houve sempre no homem uma ligação intencional com Deus, embora seja inconsciente.

Além disso, a ideia de que no mundo moderno existe a repressão religiosa, Frankl (2006) aponta que tal repressão permite que pessoas não religiosas manifestem sonhos religiosos, acreditando que todos os homens, no fundo do

inconsciente, possuem fé, por mais reprimida que seja, podendo ser manifesta através de sonhos, dando a entender que o homem seja mais religioso do que possa admitir, como foi possível perceber na fala do paciente.

Já quando nos referimos à constituinte Religiosidade: aproximação e distanciamento religioso relacionados a benefícios e malefícios causados por forças sobrenaturais, retomamos as falas:

“Eu passei dois meses em uma igreja, mas fui desviado, comecei a tomar cachaça. Eu estava novinho, bonito, colocava minha roupa, perfumado, ia para a igreja. Mas o diabo me desviou para o caminho dele”. (João)

“Olhei para um lado e vi que tinha lugar que se eu pulasse ficaria pendurado e não tocava no chão. Foi o diabo me aperriando para eu me enforcar. E no meu pensamento essa agonia, esse câncer que não sai, e planejando como faria tudo para me enforcar. Mas ao mesmo tempo eu pensava, ai meu Deus, sangue de Cristo tem poder, tira de mim Jesus esse pensamento, me abençoe Jesus. Aí eu disse a minha irmã da igreja que o diabo estava me atentando para eu me matar. Aí ela disse, está amarrado, vamos fazer uma oração para afastar isso de você”. (João)

Nas falas apresentadas pelo paciente João que representam essa constituinte observa-se a concepção do sujeito de que a aproximação religiosa promove a saúde psicofísica, a manutenção da vida e promoção de sua qualidade. Já o distanciamento, segundo a mesma concepção, atrai malefícios e pensamentos trágicos, inclusive pensamentos de morte, como exposto pelo paciente ao relatar seu pensamento suicida. Associado ao distanciamento religioso, o paciente também atribui a crença em forças sobrenaturais como as responsáveis por seus comportamentos desvirtuados e sua ideação suicida.

A religiosidade é compreendida como um fenômeno saudável ao homem. No entanto, as narrativas que compoem essa constituinte podem exemplificar situações em que a prática religiosa pode trazer maléficis ao homem. Isso pode ocorrer, quando a religiosidade é atrofiada e sentimentos religiosos são reprimidos, ocorrendo que a vivência religiosa poderá se manifestar de forma distorcida ou por meio de superstições, que aprisionam psiquicamente o sujeito e promovem angústias existenciais ao invés de proporcionar sentimentos emocionalmente saudáveis, como podemos perceber na fala de João (Frankl, 1991).

Além das descrições apresentadas na fala do paciente João, é válido ressaltar a experiência da pesquisadora expressa em seu diário de campo através de uma carga emocional negativa pela experiência de contato com esse paciente a partir da

entrevista. João apresentava grande demanda emocional, trazendo em sua fala o “peso” de seu sofrimento, o que também foi possível observar através de suas características físicas, pela queixa de dores, forte odor e comprometimento motor. Ele também estava sem cuidador ou acompanhante, o que fez perceber nele a sensação de descaso e desprezo. Esse contato fragilizou emocionalmente a pesquisadora, por se sensibilizar com a situação de extremo sofrimento do mesmo.

Encerrada a entrevista com o paciente, e em algumas situações no decorrer da entrevista, foram realizadas intervenções de apoio. Foi feito também o contato com a equipe de psicologia e serviço social para que dessem uma atenção especial ao paciente, diante do que foi percebido no momento da entrevista.

Partindo para a constituinte *Religiosidade: crença em cura como milagre divino*, pode ser representada pelos recortes das seguintes falas:

“Eu agora estou com mais força, creio mais em Deus, porque Deus tem feito muito na minha vida. Deus já fez milagres na minha vida. Eu já tive labirintite e labirintite não tem cura né?! E Deus me curou”. (Marta)

“Isso tudo aqui que eu estou contando a senhora eu vou contar em testemunho lá na igreja da minha irmã. Ninguém acredita nisso muito, mas eu estou aguentando e só esperando ficar em pé para contar tudo no testemunho”. (João)

Nas narrativas referentes a essa constituinte é possível perceber a crença dos pacientes entrevistados na possibilidade de cura e reestabelecimento de saúde, ao depositarem confiança no divino. Essa crença funciona como suporte psicológico no momento de dor e sofrimento em que se encontram.

Por esse entendimento, nos remetemos ao pensamento logoterapêutico frankliano que ocupa-se da vontade de sentido e dessa como sentido último, que considera a fé religiosa como uma fé no suprasentido, uma confiança no suprasentido. Desse modo, a fé não é uma maneira do homem pensar distante da realidade, mas uma maneira de pensar à qual se acrescentou a existencialidade do homem pensador, que o faz viver apesar de condicionantes que lhe causam sofrimento. Para o homem religioso, portanto, a “voz da consciência” ressoaria a voz da transcendência, promovendo o encontro de sentido no sofrimento e o fazendo suportar situações limítrofes (Frankl, 2010), o que pode ser refletido com maior profundidade na constituinte a seguir.

Na constituinte *Religiosidade: Encontro de sentido no sofrimento através de prática religiosa* é possível nos remetermos aos relatos a seguir:

“Eu oro, começo a louvar (...). Já que eu não posso ir para a igreja eu faço isso e me ajuda muito, porque eu tenho que cada vez mais me apegar com o meu Senhor, porque eu sei de onde Ele me tirou. Todo mundo me deu como morto, os jornalistas todos, por isso eu tenho que agradecer a Ele, todo dia, agradecer de onde ele me tirou”. (Pedro)

“(...) Ai de mim se não fosse Ele, hoje eu não estaria aqui em uma cadeira de rodas não. Porque a pessoa levar um tiro na cabeça e sobreviver?! Porque tem gente que leva um tiro e morre. Então é quando Deus tem um projeto na vida da pessoa. E, eu agradeço muito a ele todos os dias, de eu estar hoje em uma cadeira de rodas, falando com as pessoas e, principalmente na presença Dele. Por isso eu sou muito feliz”. (Pedro)

Os relatos apresentados acima trazem em si a compreensão de que todo acontecimento na vida do paciente citado foi fruto da vontade e permissão divina, o que traz consolo e sentido para o sofrimento e dor experienciada pelo mesmo. Além disso, a experiência cotidiana por hábitos religiosos funcionam como estratégias de recuperação e consolo emocional diante das dificuldades passadas.

Por esta perspectiva, discute-se a relação do homem religioso com o seu Deus como uma relação pessoal, entre criatura e criador, onde a pessoa religiosa acredita que o homem não veio do nada e vai para o nada. Portanto, podemos discutir o fato de que, no momento da morte, o homem, apesar da dor e sofrimento que sente, torna-se ainda capaz de voltar-se para algo que não a si mesmo, que não a sua dor, transcendendo, e encontrando um sentido no sofrimento e na morte (Frankl, 2011). Assim, conforme o relato do paciente acima destacado na constituinte, o homem religioso em momentos de sofrimento olha para o seu Deus (suprassentido) estabelecendo uma relação de confiança, principalmente quando não apreende o sentido do seu sofrimento, o que ainda promove a percepção de felicidade e qualidade de vida.

A última constituinte, *Religiosidade: respeito à diversidade religiosa no ambiente de cuidado*, pode ser representada pelas seguintes narrativas:

“Nunca tive uma religião mesmo, dizia católico, mas não frequentava (...). Todas as religiões eu respeito (...) Eu sou sincero, eu acredito em Deus. Eu não sou de está falando em religião, eu só falo em Deus e acabou”. (Lucas)

“Eles com a deles, e eu com a minha. Se eles são católicos, eles ficam com a religião deles e eu com a minha (...). Então a gente respeita, eu mesma respeito o lado deles”. (Marta)

As atitudes descritas nessas falas nos remetem ao que o pensamento frankliano aventa acerca de duas tendências identificadas no homem religioso

moderno, a ideia de afastar das denominações que fazem apenas proselitismos e a ideia de se aproximar de Deus por meio de uma linguagem muito pessoal, que considera o respeito e considera como digna as manifestações religiosas diversas. E nessa última forma, por uma dimensão pessoal e única, a expressão religiosa pode ocorrer por meio de orações sem palavras (Frankl, 1992). Contudo, o participante relata sua concepção diante do sentido da religiosidade para cada pessoa, acreditando ser algo pessoal e específico de cada um.

Por esta perspectiva, o sentido apreendido pelo participante comunga com a perspectiva frankliana, que traz a concepção de que a humanidade não caminha em direção a uma religiosidade universal, nem tão pouco para uma extinção das religiões institucionalizadas, mas antes para uma religiosidade pessoal, uma religiosidade a partir da qual cada um encontrará sua linguagem pessoal, sua linguagem própria ao voltar-se para Deus. No entanto, isso não significa que não se terá ritos e símbolos em comum. Em sua diversidade, as diferentes religiões são como idiomas diferentes: ninguém pode dizer que sua língua é superior às outras, em cada língua o ser humano pode chegar-se à verdade, podendo também errar e mentir. Portanto, por meio de qualquer religião ele pode encontrar Deus (Frankl, 2010).

Partindo para a próxima unidade de sentido, *Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais*, também foi possível encontrar três constituintes que a representasse, as quais se referem à experiência de cuidado espiritual e religioso dos pacientes associadas às relações estabelecidas no ambiente de cuidado, seja com a equipe de profissionais, seja com familiares ou cuidadores. As constituintes foram: Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais: a atitude e o acolhimento diante do sofrimento; Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais: distanciamento da equipe de cuidado; Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais: papel dos grupos de voluntariado.

A primeira constituinte dessa unidade de significado, *Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais: a atitude e o acolhimento diante do sofrimento* pode ser apresentada nos seguintes trechos das entrevistas:

“Eu brinco também assim, as enfermeiras são muito boas, a gente ri, se diverte sabe, eu não tenho que me queixar de nenhum, pelo contrário, elas são muito legal, me tratam muito bem, os médicos também, nenhum é chato, nem ignorante”. (Marta)

“Se você tem uma religião, eu tenho outra, mas se você se preocupa de está perguntando por Deus, isso aí cabe a cada um. Eu acho que não necessariamente precisa estar perguntando isso, acho que cada um cuida de si. Agora se a pessoa pergunta, como é que o senhor está? Para mim isso já é grande coisa”. (Mateus)

Através dessas falas nota-se a satisfação dos pacientes ao se sentirem acolhidos através das relações e gestos com os profissionais de saúde que os acompanham. O paciente Mateus, especificamente, ao refletir como se sente cuidado nas suas necessidades espirituais e religiosas, avalia que nem todos profissionais tem a preocupação de questionar ao paciente sua relação com Deus, no entanto, ele acredita que seja importante o modo como ele é acolhido e como o profissional se importa com seu estado geral. No relato de Marta, é possível perceber a presença do humor, ao externar os momentos descontraídos vivenciados com a equipe, o que pode contribuir para seu autodistanciamento, auxiliando no enfrentamento do sofrimento vivido no momento na interneção.

Nesse sentido, ao nos depararmos com importância das relações e gestos vivenciais da equipe de cuidado para com os pacientes, nos remetemos aos valores vivenciais discutidos por Frankl. O homem é capaz de encontrar um sentido através de experiências de encontro para com outro ser humano, através do afeto, do amor ou de uma relação de cuidado, como apontado pelos pacientes. Ao viver essa experiência o homem é capaz de encontrar sentido nela para continuar vivendo (Frankl, 1989).

A segunda constituinte, Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais: distanciamento da equipe de cuidado traz como principais falas de representação:

“Porque é tempo né, porque eles tem a parte que é sobre cuidar da saúde né?! Porque se eles fossem parar para essas demandas espirituais eles não iriam ter tempo não é?! Mas eu acho que sim, ajudaria muito”. (Pedro)

“Olha, na verdade eles não tocam muito nesse assunto não. Eles são na deles não é?! Assim, nunca chegaram para falar nada não. Ninguém chega para perguntar não (...). Aqui tem um que ele mesmo disse a mim, disse pra minha filha aqui que ele é “à toa”, quer dizer, que ele é ateu, mas foi ele que falou aqui. Eu estou falando porque ele que falou aqui. Eu brincando com ele eu fui falar, na verdade não foi nem brincando que eu falei, falei de verdade. O meu pastor estava aqui sabe, aí quando o meu pastor foi embora, com um pedaço, o médico chegou. Aí quando eu fui falar com ele ao invés de dizer doutor eu disse pastor, aí ele disse: “É cada um com seu vício”. Aí quando ele falou eu já entendi não é?! Aí eu disse: “E é”? Aí ele disse é. Ele riu, riu e

disse: “Eu sou à toa, sou ateu”. Aí eu fiquei quieta não é, não podia dizer mais nada, porque a gente tem que respeitar”.(Marta)

Ainda ao refletirem sobre como se sentem cuidados em suas demandas espirituais e religiosas os pacientes apontam que não percebem, em suas experiências, o cuidado espiritual e religioso pelos profissionais que os acompanham, embora apresentem que seria importante para eles.

No relato da paciente Marta, além de referir não perceber-se cuidada nos aspectos espirituais e religiosos, traz uma experiência vivida no hospital junto a um profissional que a acompanhava. Nessa experiência relatada foi possível perceber como para a paciente foi significativo tomar conhecimento acerca da religiosidade do médico, se sentindo intimidada pelo fato do mesmo ter feito uma expressão de desmerecimento em relação a sua própria experiência religiosa, embora tenha referido que respeitou o posicionamento do profissional.

Esse aspecto evidenciado por essa constituinte corrobora com os dados das pesquisas realizadas (Evangelista et al., 2016; Ferreira, Duarte, Silva & Bezerra, 2015; Silva et al., 2016; Esperandio, Zaperlon, Zorzi, Silva & Marques, 2015) com profissionais de assistência paliativa, que alegam saber da necessidade de cuidar das demandas espirituais e religiosas dos seus pacientes, mas referem não se sentirem preparados em suas formações e não saberem como abordar tais questões no manejo do cuidado, fazendo com que essa dimensão do cuidado paliativo fique a desejar. Esses dados fortalecem a busca por direcionamentos concretos para as equipes de palição, a fim de melhor formá-las para a efetivação de tal cuidado, visando sempre a melhor qualidade de assistência ao paciente.

A terceira e última constituinte dessa unidade de sentido, *Cuidado espiritual e religioso nas relações interpessoais: papel dos grupos de voluntariado* pode ser representada pelos trechos das falas abaixo:

“Sou evangélico faz cinco dias. Me converti aqui no hospital. (...)Eu não ia a igreja, não vivia. Veio um grupo aqui, fazer uma oração e perguntou se eu aceitava Jesus. Sim, aceito”. (José)

“De vez em quando vem o pessoal daqui mesmo ou então de fora, católicos, evangélicos, vem aqui, oram, cantam uns hinos e louvores, faz ali tipo um culto lá na frente, onde as vezes nós não podemos ir, mas os acompanhantes vão, pra incentivar a gente. Eu acho que é bom, porque a gente fica mais sem iniciativa né?! A gente está triste, de repente a gente se alegra, se participa também, eu acho bom. Pronto, a gente está triste aqui, de repente chega uma pessoa evangélica aqui, começa a louvar, cantar, de repente a gente se

anima. Não importa qual é a religião”. (Pedro)

“(…) chega aquela pessoa pregando, lê um versículo, canta, ora, é muito importante em um hospital. Eu mesmo estava lá na UPA e tinha uma senhora que trabalhava lá. Mas sempre a tarde ela vinha, ela era católica, vinha pregava a palavra de Deus, orava para todo mundo. Eu achei muito importante aquilo dela. Toda tarde ela vinha e fazia aquela oração, rezava. Pronto, quem quisesse ouvir, ouvia, quem não quisesse não ouvia. Mas eu achava importante aquilo”. (Mateus)

Nas falas acima destacadas ficou evidenciada a força que os grupos de voluntariado, sobretudo os de cunho religioso, possuem na produção do bem-estar psicofísico e espiritual dos pacientes ao estarem internados, visto que os momentos vivenciados entre os pacientes e esses grupos trazem sensações de satisfação, tranquilidade e de se sentirem cuidados em suas necessidades religiosas.

Nas atitudes e emoções apontadas pelos pacientes nos trechos destacados observamos um efeito positivo da religiosidade. Nesse contexto, a religiosidade pode apresentar um efeito terapêutico, na medida em que desperta uma confiança, permitindo um estado psicológico ideal, onde o homem religioso sente confiança no suprasentido. Sendo assim, as expressões religiosas permitidas através das experiências dos grupos de voluntariado, despertam a esperança dentre outros recursos de enfrentamento nos pacientes (Aquino, 2014).

Entretanto, a fala do paciente José chama atenção para outro aspecto que deve ser avaliado no papel dos grupos voluntariados religiosos. Ao referir que se converteu no hospital, através dos grupos religiosos voluntariados, José em sua colocação nos convoca a refletir acerca da ideia defendida por Frankl de que a religiosidade só é genuína quando existencial, quando a pessoa não é impelida para ela, mas se decide por ela. Para ser verdadeira, existencial, deve ser dado o tempo necessário para que possa brotar espontaneamente. Sendo assim, a religião só possui efeitos terapêuticos quando seu objetivo primário não é ser absolutamente psicoterapêutico, onde tal efeito deve surgir como consequência da vivência religiosa e não como sua principal intenção (Frankl, 2010).

Assim, a participação dos grupos religiosos voluntários ao mesmo tempo em que trazem possibilidades positivas onde os pacientes podem expressar sua religiosidade, devem ter o cuidado de não ser invasiva ao paciente, tendo em vista que sua experiência religiosa só tem sentido se brotar da espontaneidade e livre escolha do mesmo e não como um fator de barganha diante de sua condição de

saúde atual ou perante seus medos e anseios em relação ao final da vida. Além de que, a participação desses grupos podem permitir situações possíveis em que a religiosidade passe por distorções decorrentes do tipo de vivência religiosa, caso apresente uma postura fanática e com proselitismos religiosos.

A experiência religiosa autêntica deve surgir espontaneamente ao paciente, assim como a escolha do mesmo de aceitar ou não às crenças e atitudes religiosas, e os efeitos positivos da prática religiosa devem ocorrer como consequência da experiência e não como intenção principal da escolha. No entanto, apesar desse aspecto da possibilidade de inautenticidade religiosa, é válido reforçar que, ainda que esteja no seu momento final da vida, o homem é livre para escolher e buscar uma relação com o transcendente, com uma necessidade última de sua vida, que possa lhe preencher de sentido.

Partindo para a análise da próxima unidade de sentido, *Espiritualidade para além da religião*, a mesma reuniu as expressões dos pacientes colaboradores associando a espiritualidade por uma dimensão além da vinculação religiosa, como se pode perceber nas seguintes falas:

“Mas tem pessoas que vivem mais sua religião consigo ou com a igreja. Outras se preocupam mais com a oração, com o convívio com o outro, a ajudar, a amar, a perdoar”. (Mateus)

“Eu sigo a Jesus, para mim não existe religião”. (Marta)

“Nunca tive uma religião mesmo, dizia católico, mas não frequentava. Eu sou de qualquer uma, todas elas eu respeito. (...) Olhe, eu sou sincero, eu acredito em Deus. Eu não sou de está falando em religião, eu só falo em Deus e acabou”. (Lucas)

Pela compreensão dos pacientes apontadas nas falas acima se percebe que os mesmos experienciam sua espiritualidade para além da vincunlação a dogmas e preceitos de uma religião específica. Expressam estabelecer uma relação com Deus, seguirem ensinamentos cristãos e a prática do bem na relação com o outro, mas não se sentem vinculados à uma religião especificamente.

Ao refletirmos sobre tais apontamentos, retomamos o pensamento frankliano a respeito da definição de espiritualidade como uma busca de sentido na vida, sendo a prática religiosa apenas uma das formas de manifestação dessa espiritualidade (Frankl, 2010). Acreditando que a motivação primária do homem seria a vontade de sentido, a ideia logoterapêutica pressupõe que o relacionamento com um Deus

pessoal constituiria uma via para a compreensão de sentido para o homem religioso, onde a religiosidade pode ser compreendida como uma busca do sentido último da vida, podendo ou não estar associada a uma específica religião.

Desse modo, pode-se pensar que se todos os seres humanos buscam um sentido para a vida, logo todos seriam religiosos, onde a fé religiosa se originaria na pergunta acerca do sentido da vida, mais especificamente no sentido último da vida. Entretanto, as crenças podem advir dos valores e sentidos descobertos por homens notáveis da humanidade, onde, pela perspectiva frankliana, a religião se origina através da descoberta de novos valores, onde o sentido que era único passa a ser universal (Aquino, 2014), como foi possível observar nos trechos acima, onde, mesmo sem estarem vinculados à religiões, referem práticas e pensamentos embasados no cristianismo.

A experiência descrita através dessa unidade de sentido evidencia também o que a perspectiva frankliana aventa acerca da tendência do homem religioso moderno, referindo que a humanidade não caminha em direção a uma religiosidade universal nem para uma extinção das religiões institucionalizadas, mas, sobretudo, antes para uma religiosidade pessoal, personalizada, com linguagem própria ao voltar-se para Deus.

A última unidade de sentido extraída a partir das falas dos pacientes que foram analisadas é intitulada *Experiências negativas associadas às crenças religiosas*. Essa unidade de sentido traz as expressões que apresentaram situações negativas experienciadas pelos pacientes, onde os mesmos associaram-nas com suas crenças religiosas. Podemos observar nos seguintes trechos apresentados:

“Quando eu estava no outro hospital, o diabo me atentou novamente. Me deu um derrame dentro do banheiro. (...) Liguei o chuveiro, lavei tudo e puxei a gaze. Foi tanto sangue, sangue que dava para encher três copos desses (aponta para um copo ao lado). Fiquei branco igual a papel, fiquei pálido, me deu uma tremedeira nos pés. Ainda bem que lá tem uns ferros para se segurar, me segurei e dizendo: Jesus, me tire dessa, Meu Jesus, o diabo quer me levar agora”. (João)

“Eu acredito que foi a mulher que fez a macumba para aparecer esse tumor em mim, acho que ela fez isso pensando que eu roubei as coisas dela lá”. (João)

“As vezes eu penso, mas agora mesmo não, é um sentimento longe... Eu tenho pedido muito a Deus para ir embora, eu estou em pecado”.(Maria)

“Eu era Testemunha de Jeová, mas agora saí, não sou mais. Eu ia pra igreja,

pro Salão do Reino, tudo isso eu fazia. Mas já faz uns dois meses que eu não vou mais. Porque eu tinha que tomar sangue, né?!” (Madalena)

Analisando os trechos das entrevistas que compõem essa última unidade de sentido, nos deparamos com experiências vinculadas às emoções negativas associadas a crenças religiosas, principalmente no que se refere às necessidades e sofrimentos físicos promovidos pelo adoecimento dos pacientes.

Na fala da paciente Madalena se percebe um sofrimento existencial pelo conflito valorativo instaurado entre seus valores religiosos e suas necessidades de saúde. Ela chamou a atenção da pesquisadora por apresentar-se fragilizada emocionalmente por ter optado escolher fazer um procedimento que não era aceito nos preceitos de sua religião, a transfusão sanguínea, o que implicou na mesma ser afastada de sua igreja. Embora a paciente tenha assegurado em outro momento que estava mais em paz e já tinha resolvido sua relação com Deus, houve a percepção de que a mesma possuía resistência de falar sobre o assunto, o que a fez suspender a entrevista. O fato mobilizou a pesquisadora, que respeitou o momento e a escolha da paciente, embora tenha ficado com a sensação de que a paciente necessitava de um melhor acompanhamento em sua demanda espiritual, o que após a entrevista foi discutido com os profissionais que a acompanhavam, para que a assistência lhe fosse assegurada.

Dessa forma, nos deparamos com situações frutos de distorções de vivência religiosa, que repercutiram sofrimento psíquico e angústia da experiência dos pacientes. Assim, percebemos que, mesmo que de forma geral a vivência da religiosidade se apresente como um fenômeno saudável da vida humana, em algumas situações ela pode passar por distorções, como foi possível observar nas falas citadas, onde a religiosidade aparece atrofiada, sentimentos religiosos são reprimidos e se manifesta de forma distorcida, por meio de superstições e deficiência na relação com a transcendência por uma forma neurótica de existir (Frankl, 1991, 2010).

6.2 Sentidos de espiritualidade e religiosidade para profissionais da palição

Nessa sessão serão apresentadas, por sua vez, as unidades de sentido apreendidas através das entrevistas com os sete profissionais entrevistados no estudo.

O processo de coleta de entrevistas com os profissionais apresentou alguns percalços, como a resistência de alguns profissionais de participarem e pela dificuldade de tempo dos mesmos para realizarem as entrevistas, diante da rotina atribulada e o número de profissionais ser pequeno em relação ao número de leitos da enfermaria que deveriam ser atendidos. Desse modo, para a realização das entrevistas com os profissionais, na maioria delas, foi necessário agendar dia e horário para que pudessem ocorrer.

Através das entrevistas com a equipe paliativa do local da pesquisa, foi possível perceber que alguns dos entrevistados ainda possuíam uma compreensão superficial dos Cuidados Paliativos e estavam em processo de formação. Mas apresentavam significativa abertura e afinidade com a área de cuidado.

Portanto, as unidades de sentido surgiram a partir da compreensão dos profissionais colaboradores externadas a partir das questões disparadoras: *Como o senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual? Como o senhor (a) lida com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes que atende?*

Desse modo, as unidades de sentido alcançadas foram: *Práticas religiosas; Religiosidade como influências culturais e familiares; Espiritualidade e religiosidade como fenômenos distintos; Cuidado Espiritual e religioso; Limitações ao cuidado espiritual e religioso*. Tais unidades podem ser apresentadas no quadro seguinte:

Unidades de Sentido	Constituintes
<i>Práticas religiosas</i>	-
<i>Religiosidade como influências culturais e familiares</i>	-
<i>Espiritualidade e religiosidade como fenômenos</i>	-
<i>Cuidado Espiritual e religioso</i>	Atendimento de desejos
	Trabalho conjunto
	Respeito às crenças
	Compaixão e olhar para o
<i>Limitações ao cuidado espiritual e religioso</i>	-

Quadro 4: Unidades de Sentido para profissionais colaboradores entrevistados

A primeira unidade de sentido, *Práticas religiosas*, compreende as expressões acerca da experiência religiosa dos profissionais entrevistados, podendo ser

representada nas falas a seguir:

“(...) No meu dia a dia, eu uso em tudo minha religião. É, sou católica participativa, sempre final de semana vou à missa ta?! E tento, procuro ser, como diz assim, caminhar sempre dentro do que os preceitos da religião determinam. (...) E o que eu vejo, assim, também, é como eu disse, às vezes é, eu acho que muitas pessoas vão a missa e fica aquela coisa como se fosse um robô, fica lá olhando, mas você vê que o pensamento está longe. Então, no meu ponto de vista, acho que vale muito mais você ser na prática, muito mais ativa, né?! E fazer o teu dia a dia é, como eu disse, é...procurando caminhar nos ensinamentos de Deus”.(Nutricionista)

“Antes de chegar para o meu trabalho, antes de começar a trabalhar todos os dias eu passo na capela, rezo, peço a Deus que Ele possa me iluminar e que eu possa levar através do toque, do cuidado dessas pessoas a presença Dele e que eu possa levar mais vida, que eu possa levar, pelo menos ajudar a diminuir a angústia desses pacientes, a diminuir a dor desses pacientes. E assim, a gente tem tido um resultado muito bom. (...)Mas eu vou à missa todos os domingos, faço minhas orações todos os dias, faço parte do grupo do ECC da igreja com meu esposo. Então não tenho mais tanto tempo em movimento como tinha antes, mas ainda experiencio minha religião e minha fé assim. (...)Então assim é assim que vivo atualmente, mesmo não tendo muito tempo para outros serviços religiosos, mas tento levar muito meu trabalho como uma *missão também*”. (Fisioterapeuta)

Nos trechos das falas dessa unidade de sentido são expressas as práticas religiosas dos profissionais como fazendo parte do cotidiano, inclusive do dia a dia profissional, por estarem vinculadas com, além da relação íntima com o transcendente, nas ações e gestos relacionados à atuação profissional.

Tais expressões nos remetem à ideia da compreensão do fenômeno da fé não como uma maneira do homem pensar distante da realidade, mas uma maneira de pensar à qual se acrescentou a existencialidade do homem pensador, que está relacionada com as demais dimensões de sua vida e de seus comportamentos (Frankl, 2010). Assim sendo, as práticas de fé religiosa se envolvem nas relações e condutas cotidianas dos profissionais, inclusive na sua forma como praticam o cuidado a seus pacientes, indo além das práticas tradicionais vinculadas apenas às instituições religiosas.

A segunda unidade de significado *Religiosidade como influências culturais e familiares*, apresenta o entendimento de alguns profissionais participantes acerca da dimensão religiosa como sendo influenciada pela cultura e contexto familiar dos entrevistados, como pode ser visto nos trechos abaixo:

“Eu fui criado em uma família católica, sou paraense, terra do Círio de Nazaré, criado numa família católica, mas que tem um pezinho em tudo quanto é

coisa. Então, minha vó é extremamente católica, meus avós são extremamente católicos, da igreja mesmo, participam de tudo lá da igreja, mas eu tenho tio que é pastor, eu tenho tia que vai para o terreiro, minha mãe e meu pai frequentaram muito o centro espírita, e meu pessoal mistura tudo isso”. (Médico)

“Eu já fui religiosa, fui freira da comunidade das irmãs franciscanas. Meus pais sempre foram extremamente religiosos, também fazem parte de comunidades católicas. Então eu cresci nesse meio. Fui batizada, fiz primeira comunhão, crisma, fui animadora e catequista, até que senti o chamado da vocação religiosa, morei em muitos lugares em missão e oração. Mas um dia senti que algo a mais me chamava. Então decidi sair da congregação. Conheci meu esposo, quem nem era tão religioso, mas hoje frequenta também comigo, é mais participativo”. (Fisioterapeuta)

Segundo as falas dos pacientes expressas acima, os mesmos avaliam suas experiências religiosas como diretamente influenciadas pela cultura e crenças familiares das quais fizeram parte em seu processo de desenvolvimento. Acusam que a forma como lidam com a dimensão espiritual e religiosa ao relacionarem-se com o transcendente apresenta relação direta com o contexto de vida.

Nesse sentido, é possível dialogarmos com o que Frankl (2006) discute ao compreender que o homem nasce imerso em sua cultura e nos símbolos religiosos que fazem parte dela e são transmitidos pela tradição familiar e social, constituindo-se dentro do ambiente religioso-cultural e recebendo as suas primeiras imagens religiosas, o que pode ser compreendido como sendo uma religiosidade primordial, estando diretamente relacionada com as compreensões e experiências religiosas posteriores do indivíduo, conforme foi possível perceber nas experiências dos profissionais citadas nessa unidade de sentido.

Nessa unidade de sentido, destacamos também o trecho da fala da fisioterapeuta “Senti que algo a mais me chamava”, podemos nos remeter à consciência intuitiva apontada por Frankl (1989), denominada *Gewissen*, que seria o órgão que orienta e desperta o homem para as possibilidades de sentido, o que levou a fisioterapeuta a traçar novos rumos para sua existência e torná-la plena de sentido.

Trazendo as compreensões acerca da definição de espiritualidade e religiosidade, a unidade de sentido *Espiritualidade e religiosidade como fenômenos distintos* pode ser expressa através dos seguintes trechos:

“(…) Apesar de muita gente confundir religião com o espiritual, mas eles são diferentes. A religião ela é referente à questão de você acreditar em algo, algo

que me move a um Ser superior que me rege, rege as nossas vidas, nosso dia, não é? Aonde você busca a fé, a se acreditar. A religião traz a questão de você crer. Elas são formadas em conjunto, denominações, igreja. E muitas vezes você praticar, exercer a fé para que isso vá lhe mover. E a parte espiritual é algo mais particular, vamos dizer assim, é uma coisa mais singular”. (Psicólogo)

“Eu enxergo diferente, como duas coisas diferentes. Eu entendo espiritualidade como tudo aquilo que nos leva a transcender. Espiritualidade para mim é aquilo que nos eleva, que nos coloca em lugar melhor, em uma percepção de mundo, de vida, de eu, diferente. O que dá sentido a muitas coisas. Isso para mim é espiritualidade. A religião ela tem a premissa de mostrar o caminho das pedras para a transcendência, digamos assim. Mas para algumas pessoas, ela meio que encaixota, meio que deixa os limites, oh você vai daqui até aqui, principalmente pelos dogmas de várias religiões. Mas são coisas completamente diferentes, para mim a espiritualidade é mais ampla. Religiosidade já é uma questão mais encaixotada, uma coisa mais fechada, que para muitas pessoas levam a uma transcendência, tem haver com a espiritualidade a religião, mas ela não precisa necessariamente ser isso. eu não sou religioso, mas eu acredito nessa espiritualidade, eu acredito nessa força transcendente”.(Médico)

As compreensões de religiosidade e espiritualidade são entendidas pelos profissionais apontados como sendo fenômenos diferentes, embora não tenha sido percebida uma segurança e clareza das diferenciações entre ambas pelos profissionais.

Tanto no trecho da fala do psicólogo, quanto do médico, ao especificarem como compreendem a distinção de espiritualidade e religiosidade, podemos nos remeter ao que foi abordado por Frankl (2010), considerando a espiritualidade como a busca de um sentido na vida, ao indivíduo voltar-se para algo que transcenda a ele mesmo, ao refletir que a existência humana vai além de si mesma, sempre indicando um sentido. Desse modo, essa perspectiva ocupa-se da vontade de sentido e dessa como sentido último, onde na derradeira análise a fé religiosa é uma fé no suprasentido, uma confiança no suprasentido, onde a religiosidade vem a se tornar uma forma de expressão dessa espiritualidade.

Entretanto, é válido destacar o entendimento do profissional médico, ao apontar que a religião pode ser uma forma de condução à transcendência, no entanto em algumas situações ela pode limitar as expressões e a experiência do paciente, através dos seus preceitos. Essa concepção apresentada dialoga com a perspectiva frankliana, ao apontar que a religiosidade pode adoecer psicicamente o indivíduo quando a fé atrofia, se distorce e se desconfigura. Ao passo que, deixa de

ser existencial quando não é genuína, onde a pessoa é impelida para ela, através de dogmas ou preceitos religiosos impostos para a pessoa. Em última instância é o sujeito que deve se decidir por determinada religião e prática religiosa, por encontrar nelas sentido pessoal e único (Frankl, 2010).

A terceira unidade de sentido encontrada, *Cuidado espiritual e religioso*, apresenta as expressões dos profissionais acerca da experiência de cuidado que possuem em relação às demandas espirituais e religiosas de seus pacientes. Para o entendimento dessas compreensões essa unidade apresentou quatro constituintes representativas: atendimento de desejos; trabalho conjunto; respeito às crenças; compaixão e olhar para o outro.

A primeira constituinte, *Cuidado espiritual e religioso: atendimento de desejos* traz como falas representativas:

“E aí tem momentos em que o paciente pede: Ah eu queria um pastor da minha igreja aqui. Nós vamos, chamamos o pastor. Se ela não tem eu vou buscar o pastor tanto como padre também. Tem pacientes que a gente trabalha muito a questão dos desejos dos pacientes, nesse contexto religioso, familiar, desejos que a gente possa estar realizando naquele momento, para que até mesmo a gente possa estar amenizando essa questão da dor e sofrimento e trazer o paciente para vivenciar aquele momento, ter uma morte né assim, como é que eu posso lhe dizer? Mais digna, de dizer estou indo, mas indo de uma forma bem tranquila”. (Psicólogo)

“Nossos pacientes paliativos sempre são atendidos na grande parte de seus desejos, tentamos dá o que de melhor temos e esse paciente sempre tem algo a fazer, pedir ou até mesmo agradecer”. (Enfermeira)

“Então eu perguntei a paciente o que mais a perturbava, o que ela desejava para ficar em paz, aí ela referiu que queria se batizar. Então organizamos conforme o que é pedido no batismo e ela foi batizada. Mas também já aconteceu o batismo com o pastor, porque aqui independente de religião a gente segue, porque Deus é Deus independente da religião”. (Fisioterapeuta)

Os desejos dos pacientes são compreendidos pelos profissionais como sendo demandas espirituais, tendo em vista que através deles eles podem expressar a busca de últimos sentidos a serem realizados. Especialmente nos desejos apontados pelos profissionais nos trechos dessa constituinte é possível perceber o cunho religioso, onde há o pedido para a realização de um ritual religioso, bem como a presença de representantes religiosos das religiões dos pacientes. No entanto, os desejos considerados podem ir além da perspectiva religiosa, podendo incluir outros valores necessitados pelos pacientes.

Por essas reflexões acerca da compreensão de cuidado através do atendimento dos desejos dos pacientes, dialogamos com a ideia franklena a respeito da dimensão espiritual humana como a dimensão que não é passível de adoecimento, ainda que a dimensão psicofísica esteja adoecida. É nessa dimensão espiritual ou noológica onde é expressa a capacidade fundamentalmente humana de autotranscendência. Essa capacidade ocorre quando o homem transcende a si mesmo em direção a outro ser humano ou na busca de um sentido para sua vida. Assim, mesmo no momento da morte e apesar da dor e sofrimento sentido, o homem ainda é capaz de voltar-se para algo que não a si mesmo, que não a sua dor, transcendendo, sendo capaz de encontrar um sentido apesar do sofrimento e da morte (Frankl, 2010).

Apesar de toda limitação psicofísica dos pacientes, esses ainda possuem a capacidade de desejar e buscar sentidos, podendo ser a realização desses últimos desejos, o sentido último da existência dos mesmos. Portanto, estando associados às experiências religiosas ou não, a consideração desses desejos se apresenta como uma forma de contemplar a dimensão espiritual dos pacientes e as demandas que a partir dela se apresentem, promovendo a realização de sentidos últimos.

A outra constituinte, *Cuidado espiritual e religioso: trabalho conjunto*, é apresentada através dos trechos das entrevistas a seguir:

“A gente trabalha sempre junto. Até mesmo pra ela chegar junto do paciente eu chamo ela e digo: vamos junto comigo. (...) Há um respeito, uma interação, é tudo para melhorar e amenizar aquele momento ali do paciente, amenizar a dor, o sofrimento e há uma boa interação, tanto com o paciente, como entre a equipe, como da equipe com o paciente. A nossa equipe tem uma forma de trabalhar bem harmoniosa (Psicólogo)

“Aqui no hospital a gente tem todo apoio, tem o psicólogo que está sempre presente, então a gente meio que se junta todo mundo e trabalha em cima disso para ver a melhora do paciente”. (Técnica de enfermagem)

“Todo mundo que se propuser a querer saber e querer ajudar. Médico, psicólogo, enfermeiro, ter o capelão é muito importante, porque o capelão vai ter coisas da religião, condições específicas da religião, mas não precisa ser o capelão. Pode ser a hotelaria, pode ser o porteiro, pode ser qualquer pessoa. (...) Eu acho que essa questão espiritual deve ser avaliada para todos os pacientes. (...) Mas é uma coisa que teria que ficar atrelada a uma anamnese estruturada, não pode ser uma coisa que você deixa para última hora, tem que estar no protocolo, tem que estar no dia a dia”. (Médico)

Essa constituinte apresenta em si uma questão de extrema importância para a

efetivação dos cuidados paliativos, que se refere ao trabalho interprofissional. Os trechos apresentados na constituinte apontam que os profissionais possuem o entendimento de que o cuidado espiritual e religioso devem ocorrer através do trabalho em conjunto, dialogado. Além disso, assim como destacado na fala do médico entrevistado, esse cuidado deve estar previsto e compondo uma anamnese inicial dos pacientes em palição, de forma que venha a possibilitar um cuidado melhor estruturado para o paciente pela equipe paliativa.

Diante de tais apontamentos a respeito do cuidado espiritual e religioso possibilitado através de um trabalho conjunto da equipe paliativa, corroboramos com a premissa estabelecida nas políticas públicas de saúde preconizada pela Política Nacional de Humanização, onde os aspectos espirituais e religiosos dos pacientes atendidos devem ser considerados nas demandas e serviços da assistência à saúde, pelo conjunto de profissionais que atendem a essa área de cuidados (Ministério da Saúde, 2003). Para tanto, se faz necessária o diálogo e articulação multiprofissional de diversas áreas, onde cada uma delas tem seu papel e importância fundamental para o funcionamento da equipe paliativa, estando toda a equipe responsabilizada pelo cuidado total do paciente, inclusive em suas demandas espirituais e religiosas (Kovács, 2004).

Embora os profissionais entrevistados tenham apresentado em suas falas a importância do trabalho em conjunto e de como os mesmos efetivavam esse diálogo na condução do tratamento com os pacientes, foi percebido durante a experiência de campo que tal conduta ainda predominava no discurso, tendo em vista que não foi perceptível na observação da pesquisadora a efetivação desse cuidado firmado em conjunto na prática. No entanto, é válido destacar que essa impressão fala de um período e de um recorte dos momentos em que a pesquisadora esteve no lócus de pesquisa, mas, mesmo nessa condição, foi possível perceber ainda um hiato entre a compreensão teórica e a efetivação da prática do cuidado dialogado na palição oferecida pela equipe participante da pesquisa.

Os trechos das entrevistas apresentados abaixo representam a constituinte *Cuidado espiritual e religioso: respeito às crenças*:

“Não encontro nenhum tipo de dificuldade, pois respeito, amo, cuido e lido com cada paciente respeitando sempre suas limitações, suas opiniões e sempre entramos em harmonia, pois acima de religiosidade e crenças está o cuidar”. (Enfermeira)

“A gente observa a expressão de cada família, do que eu sinto, eu desejo, nesse contexto, a gente busca realmente atender de maneira respeitosa o pedido, a aceitação de cada um, evitando assim conflitos de cada um”. (Assistente Social)

“Tem pacientes que chegam, quando o padre vai lá e eles dizem, olha eu não quero. Tem outros que dizem: tudo bem, pode. E a gente respeita esse lado espiritual e religioso, onde mesmo o hospital sendo católico, mas ele não faz distinção nenhuma a nenhum tipo de denominação de religião e crença. A gente vê o quanto é importante esse lado espiritual do paciente. Saber o que lhe move naquele momento, não só as suas crenças, a sua religião, o que é a denominação dele, qual é a religião para que a gente possa estar trabalhando”. (Psicólogo)

“A gente segue, procura respeitar muito a religião do paciente. Quantas vezes eu chego lá junto da paciente, e a paciente está junto com o terçinho, na mão, rezando, acreditando que há de ter ajuda (...) Certa vez eu conversava com um médico, e ele dizia que as pessoas da comunidade - uma comunidade que ele atende muito humilde e sofrida - eles não tem nada e ainda acredita em Deus. Eu chego lá e o que é que eles dizem, ah doutor, mas Deus há de cuidar. Aí ele disse, o meu desejo é provar para meus pacientes que Deus não existe, como é que Deus existe vendo essa miséria toda?! Aí eu disse, bom se Deus não existisse como é que essas pessoas ainda existiriam? (...) Pois enquanto eles acreditarem em Deus eles ainda conseguem viver, mesmo não tendo uma vida digna, mas a fé em Deus é a única coisa que eles tem, porque eu vou tirar isso deles? Então é assim que eu acredito”. (Fisioterapeuta)

“É um trabalho, um exercício de entendimento dessa pessoa, de que faz parte da percepção dela, né?! (...) Isso incomoda, mas ao mesmo tempo acho que é um exercício de humildade, de entender que a gente não tem todas as certezas, de que não tem todas as respostas, e que de repente para aquela pessoa faz todo sentido para que ela tenha um tempo para se adaptar a ideia de finitude, da ideia de que a pessoa está partindo, e de que se isso trouxer também uma eternidade mais digna e mais confortável, vendo dessa forma que ela não desistiu, então a gente tem que permitir também, faz parte do cuidar. (...) Me incomoda muito também quando chega uma pessoa, e já teve casos assim de pessoas, de ateus, e a equipe, ah mas Deus vai te ajudar... Mas eu não acredito em Deus, não venha aqui falar de Deus pra mim! Então, essa coisa de você querer forçar, uma religiosidade que não tem, isso é completamente fora de propósito, não faz sentido”. (Médico)

Na constituinte apresentada é perceptível a noção dos profissionais acerca do cuidado oferecido através do respeito às crenças religiosas dos pacientes. Além do respeito do profissional para com a experiência e forma de manifestação da fé dos pacientes, aparece na constituinte o cuidado que se deve ter com as expressões e crenças dos profissionais em relação às crenças e experiências religiosas dos pacientes aos quais estejam a cuidar.

Sendo assim, fazemos alusão à ideia de Frankl (2010) ao referir que, em sua diversidade, as diferentes religiões, práticas religiosas ou outras formas de expressão de fé são como idiomas diferentes, ninguém pode dizer que sua língua é superior ou melhor que as outras, em cada língua o ser humano pode chegar-se à verdade, bem como pode se equivocar, cometer erros e mentir. Assim, também por meio de qualquer religião ele pode encontrar Deus, de um modo particular e único, não sendo adequado e saudável obrigar o outro a agir conforme sua experiência pessoal, esteja ela vinculada à uma religião ou crença específica ou não.

Já a constituinte *Cuidado espiritual e religioso: compaixão e olhar para o outro*, reúne os sentidos apreendidos pela experiência dos profissionais citadas abaixo:

“A *espiritualidade* e a religião, ambas, fazem com que você tenha uma visão diferente, de se colocar no lugar do outro, de ver o outro não com sentimento de pena, mas de compaixão. (...) Somos pecadores, a gente tem ciência disso aí, pecadores, falhos, é a matéria, isso aqui não vale nada, mas o que vale exatamente é a sua conduta, a sua prática, você se colocar no lugar do outro, fazer o bem sem escolher a quem. (...) Eu escuto, depois eu peço pra sentar. Então eu começo a buscar lá de trás e a pessoa que estava desesperada, desenganados, nessas fases, eu consigo tirar um sorriso, a questão da fé, trabalhando o interior de cada pessoa, que ela mesma comece a fluir, a falar o que sente”. (Assistente Social)

“Até o padre aqui do hospital me pediu que atendesse dois pacientes em casa, eu atendo voluntariamente, também como missão nos finais de semana, como o padre me pediu eu aceitei, e uma delas não é nem católica, mas o padre conhecia e porque não ajudar não é?! (...) Muitas vezes esses pacientes precisam mesmo é de uma palavra, de um apoio, não só da ajuda da fisioterapia motora e respiratória, como é o meu trabalho, mas também de um toque, de um apoio, de uma escuta, e isso eu tento fazer com eles”. (Fisioterapeuta)

Os trechos das entrevistas apresentados nessa última constituinte da unidade de sentido correspondente apontam para a compreensão do cuidado espiritual e religioso realizado através da compaixão e do movimento de encontro em direção ao outro, na experiência afetiva, na prática da aproximação e cuidado para com o sofrimento do outro.

Nesse sentido, esse movimento de compaixão e de voltar-se na direção do outro evidenciado nas falas dos profissionais, que também se definem como religiosos, pode ser refletido no que Frankl aventou acerca da forma de como os valores humanos podem ser abordados pelas religiões, sobretudo os valores

vivenciais. Tais valores podem ser revelados através do amor ao “próximo” ou da compaixão, direcionando-se para um Tu “transcendente” (Aquino, 2014).

Por esta perspectiva, compreende-se que os profissionais voltam-se para o sofrimento de seus pacientes e se permitem a cuidar, indo além de uma postura técnica, transcendendo às suas próprias condições de sofrimento existencial e também passíveis da finitude, por uma atitude afetuosa, empática, testemunhando e acompanhando as angústias de seus pacientes provocadas pelo adoecimento e pela tomada de consciência do processo de morte e finitude.

A última unidade de sentido encontrada através das análises das entrevistas dos profissionais da assistência paliativa foi *Limitações ao cuidado espiritual e religioso*. Essa unidade apresenta as expressões de dificuldades e percalços apontados pelos profissionais através de sua experiência de cuidado espiritual e religioso na palição, como podemos observar nas falas seguintes:

“Eu confesso que a parte que mais pega em mim ainda é, por exemplo, quando o paciente assim, ele tem o diagnóstico grave, ele tem um prognóstico ruim, que ele vai falecer na internação, mas aí ele vem e fala que o que importa é que ele está vivo, que na hora que Deus quiser vai levar, por isso está autorizado fazer procedimentos artificiais que levem ao sofrimento. (...) Para mim a questão maior é quando a gente orienta e a pessoa fala: Mas eu acredito em um milagre! Aí eu tenho que pensar comigo, calma, tu não é contra um milagre, você não é contra milagre, então você precisa entender que a pessoa está ali, está sofrendo, está lutando, e que se acontecer um milagre o milagre é bom. Mas a primeira resposta que vem ainda é uma combatividade, aí eu tenho sempre que me policiar, uma coisa que não é simples”. (Médico)

“Por eu ser nutricionista, eu procuro não me envolver muito com essas questões. Quando eu percebo que o paciente ou a família do paciente está em uma situação delicada em relação assim, a estar desacreditado na vida, está entendendo?! (...) Como eu te disse, eu acho uma parte muito complexa, e teria que ser pessoas mais capacitadas e especializadas para lidar com esse tipo de problema. Então a minha conduta é, quando eu vou fazer as visitas e percebo esse tipo de situação eu entro em contato com o psicólogo e peço ao psicólogo para fazer uma visita, uma ajuda em relação a esse paciente, quando estou percebendo que ele está uma situação delicada. Mudando tudo aquilo que ele acreditava em relação a sua fé, a sua esperança. Então, eu não me sinto capaz de nada, de falar nada. O que eu faço é procurar um especialista, no caso um psicólogo, e peço para ele ir lá e conversar com a família, com o paciente”. (Nutricionista)

“A gente tem que atentar para essa coisa de diferenciar essa coisa do que é espiritualidade e religiosidade. Quando a gente fala de espiritualidade, todo mundo associa com religião. E aí, isso é muito, fecha a discussão. Porque de

repente o que transcende a pessoa não tem nada a ver com religião, e aí a gente perde vínculo, você perde a oportunidade de conhecer aquela pessoa melhor, você perde, enfim, de várias formas”. (Médico)

Nas expressões apresentadas nessa última unidade de sentido foram evidenciadas as principais dificuldades encontradas pelos profissionais no manejo do cuidado espiritual e religioso dos pacientes em palição. Essas dificuldades estiveram relacionadas desde o confronto entre os valores e crenças do profissional perante as escolhas e valores dos pacientes e suas crenças, até o despreparo para lidar com tais demandas espirituais e religiosas, bem como a distinção e clareza dessas demandas entre a equipe na compreensão do que é espiritualidade e religiosidade especificamente.

Na fala inicial do médico, quando ele relata a dificuldade de lidar com as escolhas de alguns pacientes embasadas nas crenças religiosas dos mesmos, nota-se que sua limitação está associada às posturas tomadas que se opõem ou resistem à conduta clínica ou intervenção paliativa prevista, principalmente quando as mesmas estão relacionadas ao processo de aceitação da morte ou não. O que muitas vezes, dificulta a condução do tratamento paliativo de forma plena.

No relato da profissional da nutrição, percebe-se uma compreensão de incapacidade formativa para lidar com as demandas espirituais e religiosas, onde a mesma alega que não se vê como preparada e responsável por manejo de tal cuidado, exergando que tal cuidado compete a outras áreas, como a psicologia, por exemplo. Esse entendimento da profissional corrobora com a ideia de profissionais que atuam em cuidados paliativos apontadas nos estudos já realizados (Barbosa, Ferreira, Melo & Costa, 2017; Arrieira et al., 2018; Esperandio, Zarpelon, Zorzi, Silva & Marques, 2015; Evangelista et al., 2016; Ferreira, Duarte, Silva & Bezerra, 2015), que se percebem incapacitados para tal manejo, referindo não terem formação adequada para tal.

Esses indicativos geram a necessidade de rever as formações curriculares das profissões de saúde envolvidas na equipe de palição, conforme também foi debatido por Silva et al. (2016), que reforça a necessidade da inclusão do tema nos currículos das instituições de nível superior e dos técnicos de enfermagem, a fim de aperfeiçoar a formação desses profissionais de saúde no manejo de cuidado espiritual e religioso.

A dificuldade apontada pelo médico em sua fala, referente a necessidade de

melhor distinção dos conceitos de espiritualidade e religiosidade para os profissionais envolvidos no oferecimento dos cuidados paliativos e de uma consolidação da inserção desse cuidado na anamnese inicial do paciente, também foi apontada nos estudos de Evangelista et al. (2016) e Tavares, Valente, Cavalcanti e Carmos (2017), ao perceberem a necessidade de uma definição clara do conceito de espiritualidade, religião e religiosidade na elaboração de pesquisas, proposta de instrumentos de medida mais precisos e consolidação dos conhecimentos que vêm se acumulando sobre o tema, situando a aplicabilidade de cada um destes conceitos nos diferentes cenários onde se dá o encontro dos indivíduos com a doença, através de uma abordagem ampliada, que transcenda o modelo puramente biomédico.

A partir de todas essas reflexões promovidas nas análises das unidades de sentido apreendidas nas entrevistas realizadas, foi possível repensar e mobilizar uma postura de cuidado total que possa vir a ser oferecido no contexto da palição, na tentativa de suprir algumas arestas encontradas na efetivação do manejo da espiritualidade e religiosidade. Desse modo, a partir desses sentidos manifestos nas experiências tanto dos pacientes, quanto dos profissionais, é possível viabilizar, a partir de um olhar diferenciado, possibilidades para a promoção desse cuidado, como será apresentado a seguir.

6.3 Possibilidades de cuidado espiritual e religioso no contexto paliativo: interface de sentidos

Diante das unidades de sentido apreendidas através das entrevistas realizadas com os pacientes e profissionais da palição, bem como o diálogo realizado com a literatura que embasa o olhar do estudo e as impressões do diário de campo, é possível pensar em articulações de sentidos que promovam um novo horizonte para o olhar diante do cuidado espiritual e religioso no contexto da palição. Nesse sentido, é possível visualizar no quadro abaixo uma possibilidade de direcionamento de cuidado espiritual e religioso às equipes paliativas, formada a partir da interface de sentidos apreendidos através das entrevistas:

Etapa do Atendimento	Postura	Profissionais envolvidos
1- Acolhimento Inicial	Recolhimento de história clínica e de vida do paciente,	

	<p>bem como sua compreensão de sua situação atual; Acolhimento de percepções e sentido de vida (captação espiritual) do paciente no momento atual de vida, necessidades sociais, familiares, afetivas, laborais, religiosas e acesso aos desejos e sonhos dos pacientes, por uma postura acolhedora e empática.</p>	Toda equipe paliativa.
2- Planejamento de cuidado	<p>Planejar as metas terapêuticas do paciente, atentando para além das demandas psicofisiológicas, suas principais demandas espirituais e religiosas (se for o caso) apreendidas a partir do acolhimento inicial.</p>	Toda equipe paliativa.
3- Reuniões clínicas para acompanhamento do plano de cuidado	<p>Discussão entre a equipe sobre efetivação do plano de cuidado. Prover as atitudes e recomendações necessárias diante das necessidades apresentadas pelos pacientes e familiares em suas demandas.</p>	Toda equipe paliativa/ Profissionais específicos, caso exista a necessidade.
4- Formações continuadas	<p>Possibilitar estudos de aprofundamento nas reuniões clínicas, abordando questões de espiritualidade e religiosidade, bem como discussão de casos clínicos que envolvam tais fenômenos, a fim de permitir diálogo interprofissional,</p>	Toda equipe paliativa.
5- Acompanhamentos de grupos voluntariados	<p>Acolhimento e preparação dos grupos de voluntariado para que possam trabalhar junto aos pacientes suas intenções, respeitando as demandas e valores pessoais e religiosos de cada um.</p>	Equipe de coordenação do setor paliativo/ Capelania
6- Apoio à equipe paliativa	<p>Grupos de apoio à equipe de palição. Discussão das limitações e dificuldades encontradas pelos profissionais ao lidarem com as demandas espirituais e</p>	Equipe de coordenação do setor paliativo.

	religiosas de seus pacientes, em detrimento das suas demandas espirituais e religiosas.	
--	---	--

Quadro 5: Possibilidades de cuidado espiritual e religioso na palição.

Inicialmente, por um pontapé inicial que permita pensar em uma estratégia de cuidado espiritual e religioso, se faz necessário o respeito mútuo entre profissionais e pacientes no que se referem as suas posturas valorativas e religiosas, o que foi confirmado através das expressões analisadas em unidades de sentido das entrevistas tanto dos pacientes, quanto dos profissionais. Um espaço livre de expressão e respeito a essa liberdade, permite que a autenticidade da experiência dos pacientes possa se manifestar, possibilitando a ele encontrar sentidos para o momento de vida que esteja vivenciando.

No que se refere às expressões e crenças valorativas e religiosas dos profissionais, é próprio que cada um vivencie sua forma de crença e liberdade religiosa. No entanto, de modo particular, os profissionais devem ter o cuidado por não promoverem “catequeses” no ambiente hospitalar, tendo em vista que as posturas espirituais e religiosas dos pacientes podem vir a não convergir com a do profissional, podendo causar uma impressão de invasão à intimidade ou liberdade do paciente de como lidar ou experienciar sua espiritualidade e religiosidade de forma autêntica, o que também foi possível refletir a partir das análises das unidades de sentido.

Continuando a reflexão a respeito das possibilidades de cuidado total, que englobe o cuidado espiritual e religioso na palição, partiremos para apresentação das etapas pensadas na condução desse olhar sob o cuidado.

Diante dos relatos dos pacientes e dos profissionais, é notória a importância da experiência espiritual e religiosa nesse contexto de cuidado, tanto na promoção do bem-estar dos pacientes, como suporte e sentido na experiência de vida dos pacientes e dos profissionais. Ambos percebem a necessidade do cuidado espiritual, que é anterior ao cuidado das demandas religiosas, a partir do acolhimento e aproximação da equipe paliativa para com os pacientes e seus familiares, por uma postura empática e um olhar de compaixão em direção ao outro. Essa atitude acolhedora é essencial para o início do plano de cuidado.

Nesse primeiro momento de contato inicial da equipe com o paciente, orienta-

se o recolhimento da história clínica e da vida do paciente, inclusive o acesso à percepção do mesmo acerca de sua condição de saúde, bem como a percepção de sentido da vida e do momento pelo qual passa. É aberto espaço para que também seja possível ao paciente expressar seus desejos, prioridades situacionais e vinculação religiosa, se porventura ele possuir, respeitando também os pensamentos e liberdade do paciente caso ele se defina como não tendo religião ou crença religiosa, se referindo ateu ou agnóstico, por exemplo. Caso o paciente esteja impossibilitado de expressar tais questões diante de seu estado geral, abre-se o espaço para que a família ou os cuidadores do mesmo se coloquem em relação ao que o paciente referia por preferências enquanto lhe era possível expressar.

Esse acolhimento inicial deve ser feito por toda a equipe, por intermédio do atendimento inicial de cada profissional específico, o que permite acessar além da dimensão psicofísica, a dimensão espiritual ou noológica do paciente, pela compreensão de que ao se indagar a respeito do sentido da vida e da situação que o paciente se encontra, se acolhe também suas necessidades espirituais, sejam elas expressas através dos valores vivenciais, criativos ou atitudinais, conforme considerado pela visão frankliana ou através de crenças e práticas religiosas (Frankl, 1989).

Dando continuidade ao processo de cuidado, a partir das informações acessadas através do acolhimento inicial, segue-se com a construção do planejamento terapêutico do paciente realizado em conjunto pela equipe paliativa, incluindo, além das recomendações diante das necessidades psicofisiológicas, as demandas apresentadas relacionadas à percepção de sentido, desejos e demais questões espirituais expressas pelo paciente ou pelos familiares e cuidadores, inclusive as demandas religiosas.

Seguindo a etapa de planejamento, parte-se para o acompanhamento do plano de cuidado. É recomendável que esse momento seja realizado através de reuniões clínicas contínuas, tendo em vista que cada profissional poderá colocar as peculiaridades acessadas no contato individual ou coletivo com o paciente durante o manejo do cuidado, revendo diariamente as condutas tomadas. Isso se deve ao fato de que no contexto paliativo o plano de cuidado deve ser revisto continuamente, pois o paciente apresenta nuances contínuas em suas demandas, o que pode requisitar mudanças ou ajustes nas condutas do tratamento (Doyle, 2009).

A partir do olhar integral da equipe no acompanhamento do plano de cuidado,

a depender das demandas que sejam apresentadas pelo paciente acompanhado, é provável a necessidade de encaminhamentos direcionados para profissionais específicos da equipe, a fim de alcançar as metas de cuidado. Como, por exemplo, se um paciente no acolhimento inicial apresenta uma demanda de sofrimento ou angústia associada às questões de crenças religiosas específicas ao seu contexto religioso, é recomendável que o psicólogo e o capelão (da religião específica do paciente) da equipe tenham uma atuação mais pontual. O primeiro em relação à orientação espiritual geral, o segundo em relação à orientação religiosa específica, dependendo da questão a ser trabalhada com o paciente e o que compete a cada profissional, que deve estar aberto ao reconhecimento de suas limitações e reponsabilidades profissionais.

Ademais, é válido destacar que a equipe não deve induzir ou questionar aqueles pacientes que se referem não religiosos, ou se definam como ateus, por exemplo, respeitando e tomando os devidos cuidados para que não cometam atitudes ou gestos em que o paciente possa se sentir constrangido em sua liberdade de expressão espiritual e religiosa. No entanto, o espaço de assistência paliativa deve ser aberto às demandas e desejos que possam surgir durante o processo de cuidado, considerando que o paciente pode apresentar espontaneamente mudanças ou reflexões relacionadas às suas crenças e experiência espiritual e religiosa no decorrer do processo de morte.

Concomitante a esses momentos de cuidado faz-se necessário um processo formativo continuado entre todos os profissionais atuantes na palição, levando em consideração as necessidades apresentadas por alguns entrevistados, diante da limitação que encontram na distinção entre espiritualidade e religiosidade e a dificuldade de desvincular tais conceitos na prática de cuidado. Desse modo, pensa-se na possibilidade de promover formações continuadas nas reuniões clínicas da equipe que possibilitem estudos de aprofundamento acerca da espiritualidade e religiosidade, através de discussões de casos clínicos e debate de conceitos relacionados ao cuidado espiritual e religioso.

Esse espaço formativo, juntamente com a inserção da percepção de sentido da vida dos pacientes no plano de cuidado, poderá contribuir na superação das lacunas existentes no manejo do cuidado espiritual na palição, permitindo que a equipe possa vislumbrar possibilidades ampliadas de expressão dessa espiritualidade e não somente a expressão religiosa por si só, como foi percebido no

cenário estudado.

Para tanto, o olhar da logoterapia e análise existencial de Viktor Frankl, coloca-se como um lugar possível para a fundamentação desse cuidado espiritual, por compreender a espiritualidade humana como a capacidade de transcendência e de busca de sentido e a religiosidade como uma das formas de expressão dessa busca, assim como também as vivências afetivas, processos criativos, experiências com a natureza, entre outros valores, podem também expressar essa dimensão fundamentalmente humana, devendo também ser considerados pela equipe paliativa.

É válido destacar que anterior a essa possibilidade de acompanhamento espiritual, faz-se necessária a inclusão do tema da espiritualidade no currículo de todas as formações dos cursos na área da saúde. As unidades de sentido que estiveram relacionadas às queixas da equipe entrevistada acerca da defasagem de suas formações nessa temática, corroboram com os dados nos estudos encontrados na literatura contextual. Diante disso, a reformulação dos currículos da área da saúde, compromissada com a implementação obrigatória do tema da espiritualidade, apresenta caráter de urgência, pois tem sido cobrado cada vez mais que os profissionais saibam lidar com tais demandas, e os pacientes avaliam como fator significativo serem atendidos nesse âmbito, conforme foi percebido nesse estudo.

Outro momento importante que está associado ao manejo de cuidado espiritual apresentado é o acompanhamento dos grupos de voluntariado presentes nos hospitais. Segundo os relatos dos pacientes entrevistados indentificados nas unidades de sentido, a participação desses grupos, sobretudo os de cunho religioso, proporcionam a sensação de cuidado aos pacientes, ao permitir um espaço de expressão vivencial religiosa que traz a sensação de bem-estar e qualidade no período em que os pacientes encontram-se internos nas enfermarias.

No entanto, também foram identificadas nas falas dos pacientes algumas situações que necessitam um melhor acompanhamento e cautela da equipe paliativa perante o trabalho realizado por esses grupos com os pacientes. A presença desses grupos deve vir a favorecer na abertura de espaços para que os pacientes possam praticar e vivenciar necessidades religiosas pessoais, mas que, sobretudo, tenham sentido para cada um deles. No entanto, a liberdade de expressão e respeito ao momento em que o paciente se encontra deve ser priorizada por esses grupos, principalmente no que se refere a seus valores e crenças religiosas, o que em

alguns momentos pode ser reprimida ou constrangida por determinadas posturas dos grupos de voluntariado.

Portanto, com a finalidade de promover o respeito e proteção ao bem-estar do paciente em sua liberdade de escolha e credo, pensa-se em acrescentar nessa postura de cuidado um acompanhamento mais sistemático aos grupos religiosos voluntários que necessitem fazer algum trabalho nas enfermarias de palição. Esse acompanhamento e supervisão pode ser feito pela equipe de coordenação do setor paliativo juntamente com o serviço de capelania hospitalar, acolhendo aos grupos de voluntariado em suas intenções, mas também alertando a esses grupos o respeito a alguns direcionamentos.

No momento de acolhida aos grupos de voluntariado, a coordenação da equipe paliativa e a capelania deve apresentar quais os pacientes que apresentam abertura e interesse em experimentar os momentos possibilitados pelos grupos, apresentando assim as denominações religiosas dos pacientes para que os grupos tenham conhecimento anteriormente ao contato com os mesmos. Não tornando impeditiva a abordagem dos grupos aos pacientes que possuam outra ou nenhuma denominação religiosa, mas que toda e qualquer abordagem só seja realizada com o consentimento e aceitação anterior do paciente.

As informações acerca da aceitação e abertura dos pacientes à esses trabalhos vinculados à religiões podem ser recolhidas no acolhimento inicial do paciente na enfermaria, na etapa inicial do cuidado, de modo que assim a equipe já tenha consciência de quais pacientes se disponibilizam a esses trabalhos. Dessa forma, é possível que o trabalho dos grupos possa então exercer sua função positiva no processo de cuidado aos pacientes, diminuindo as possibilidades de proselitismos religiosos e evitando que a participação deles promova constrangimentos ou desconfortos aos pacientes, sem que se retire também a espontaneidade e sentido do trabalho a ser desenvolvido.

A parceria das equipes paliativas com esses grupos religiosos voluntários pode trazer inúmeros benefícios no processo do cuidado espiritual e religioso para com os pacientes. Através do diálogo e relação parcimoniosa entre ambos, assegurando o respeito aos espaços de cada um, alguns trabalhos e intervenções pontuais do plano de cuidado de alguns pacientes específicos podem ser realizados, principalmente no que se refere a desejos e práticas religiosas que podem ser demandadas.

Por fim, para que um cuidado espiritual e religioso possa ser efetivado com qualidade, é preciso dar atenção também às demandas e experiências da equipe paliativa, o que foi uma preocupação desse estudo. As unidades de sentido apreendidas tanto nas entrevistas dos pacientes, quanto dos profissionais, abordaram a experiência espiritual e religiosa de ambos. Eis um grande desafio para o profissional que lida com palição e, por conseguinte, com o cuidado espiritual.

É inegável a influência das crenças e valores religiosos dos profissionais ao lidarem com os seus pacientes. Isso pode ser fator favorável, no processo de acolhimento e cuidado para com o outro, a partir de valores religiosos. Mas também pode se apresentar como fator que dificulta o manejo de cuidado, principalmente quando existem divergências valorativas, de crenças e pensamentos em relação ao profissional e ao paciente. Assim, algumas repercussões emocionais podem ser geradas para ambos, como foi possível perceber nos relatos analisados.

Por essa compreensão, a abordagem do cuidado espiritual aqui apresentada, também dispõe da possibilidade de um espaço de apoio à equipe de cuidado paliativo, através da colaboração de grupos de apoio com a equipe profissional. Nesses grupos serão possibilitados espaços para fala dos profissionais apontarem suas dificuldades e limitações ao lidarem com as necessidades espirituais e religiosas de seus pacientes. Onde, através do compartilhamento de angústias, poderão também promover o cuidado espiritual uns com os outros. Esse trabalho pode ser orientado também pela equipe de coordenação paliativa e pelo psicólogo da equipe, por ter uma experiência clínica mais favorável na condução de grupos de apoio e às emoções que possam surgir a partir das discussões apresentadas no grupo. Esse trabalho pode favorecer também a manutenção da saúde da equipe paliativa, ao passo que promove um espaço de escuta e cuidado para com os profissionais envolvidos, auxiliando-os na qualidade do desempenho dos mesmos na assistência paliativa.

Diante da interface dos sentidos apreendidos na análise das entrevistas realizadas nessa pesquisa, foi possível vislumbrar a possibilidade de manejo espiritual e religioso na assistência em cuidados paliativos, conforme foi apresentado. É válido destacar que essa forma de condução foi baseada no olhar logoterapêutico acerca da espiritualidade, bem como se baseou nas compreensões acessadas pelas entrevistas, que possuem características singulares diante do contexto situacional paliativo do local onde se realizou a pesquisa.

No entanto, é possível que essa forma de abordagem possa ser uma possibilidade promissora nos serviços de palição que buscam um cuidado integral aos seus pacientes, através do melhor manejo de cuidado espiritual e religioso, promovendo assim a melhor qualidade de atendimento a essa clientela que tanto necessita.

No próximo capítulo, o último dessa tese, serão apresentadas as reflexões finais e considerações alcançadas a partir dos objetivos desse estudo, bem como as limitações e perspectivas futuras almejadas como frutos desse trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados através deste trabalho de tese foram norteados por algumas indagações iniciais. Como os pacientes se sentiam cuidados em suas demandas espirituais e religiosas no atendimento paliativo que recebiam? Como os profissionais do serviço paliativo lidavam com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes? Seria possível pensar em possibilidades de cuidado espiritual e religioso no contexto da palição?

Nesse sentido, para ser possível responder a esses questionamentos, pensando a espiritualidade e religiosidade a partir de um olhar logoterapêutico de Viktor Frankl, a pesquisa teve como finalidade, compreender como esses fenômenos eram experienciados pelos pacientes e profissionais de saúde em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital público filantrópico da cidade de João Pessoa-PB. Para poder alcançar esse objetivo geral, foram traçados alguns objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico buscou descrever a experiência da espiritualidade e religiosidade de pacientes em Cuidados Paliativos. Tal objetivo foi alcançado na medida em os pacientes expuseram através das entrevistas quais eram suas experiências e percepções acerca da espiritualidade e religiosidade. A partir das unidades de sentido alcançadas, foi possível perceber que, de forma geral, a experiência espiritual sempre esteve vinculada a experiência religiosa, através de práticas e costumes religiosos que se fazem presentes em toda a vida dos pacientes, sendo determinantes na construção do bem-estar dos mesmos, funcionando também como suporte essencial no período de internação. De forma geral, as experiências espirituais e religiosas associam-se ao encontro de um sentido para a vida, para o sofrimento e processo de adoecimento e também para a morte. Apesar de em alguns sentidos peculiares, algumas crenças religiosas apresentavam-se de forma distorcida para os pacientes, promovendo angústias e algumas resistências que lhes poderiam ser prejudiciais.

Seguindo com o segundo objetivo específico do estudo, tentou-se responder ao questionamento de como os pacientes se sentiam cuidados em suas demandas espirituais e religiosas no atendimento paliativo que recebiam. Assim, buscando-se averiguar como os pacientes percebiam a consideração de suas demandas espirituais e religiosas pelos profissionais que os acompanhavam, foi evidenciado

através das unidades de sentido que os mesmos se sentiam cuidados nesse aspecto através do acolhimento e aproximação da equipe de cuidado. No entanto, os pacientes apresentam a compreensão de que não havia uma preocupação direta da equipe às questões religiosas apresentadas por eles. Nesse sentido, foi evidenciado o papel dos grupos voluntários religiosos, que na visão dos pacientes, permitiam momentos de expressão de valores vivenciais e religiosos significativos no processo de cuidado dos mesmos, embora em situações pontuais relatadas esses grupos pudessem promover desconfortos em alguns pacientes, ao romperem a ideia de respeito a liberdade de expressão, através da prática de proselitismos religiosos.

Atendendo ao terceiro objetivo específico do estudo, na tentativa de responder à indagação de como os profissionais do serviço paliativo lidavam com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes, objetivou-se compreender como os profissionais de saúde do serviço de Cuidados Paliativos acompanhavam as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes. Através da análise das unidades de sentido encontradas, percebeu-se que a maior parte dos profissionais, embora compreendessem a diferenciação entre espiritualidade e religiosidade, ao falarem sobre suas condutas acerca do cuidado espiritual, ainda permanecem tratando a espiritualidade sempre vinculada apenas à religiosidade. Apresentam também a dificuldade de abordarem tais questões no manejo de cuidado, por não se sentirem preparados para tal, bem como pelas resistências encontradas nas divergências entre seus valores espirituais e religiosos e de seus pacientes. No entanto, percebem a realização desse cuidado no respeito às expressões religiosas distintas, no acolhimento voltado ao outro pela compaixão e atitudes empáticas e no atendimento dos últimos desejos de seus pacientes.

E atendendo ao último objetivo específico do estudo, refletindo o questionamento acerca das possibilidades de cuidado espiritual e religioso no contexto da palição, através da interface dos sentidos compreendidos nas análises das entrevistas, foram propostas novas possibilidades de atenção à espiritualidade e religiosidade nos Cuidados Paliativos, fundamentadas no olhar da Logoterapia e Análise existencial, com a compreensão de espiritualidade e religiosidade defendida por Viktor Frankl, como a busca de um sentido na vida e a relação com algo que transcenda a sua própria condição de existência.

Desse modo, a possibilidade de cuidado espiritual e religioso pensada, por uma responsabilidade de um trabalho conjunto da equipe paliativa, traz como ponto

de partida o acolhimento total do paciente e sua família, no recolhimento de sua história de vida e clínica, bem como na consideração da sua percepção de sentido na vida e no processo de adoecimento e morte. Acolhem-se também seus valores e crenças religiosas, caso existam, bem como os desejos e preferências de cuidado. Desse modo, garante-se a expressão da dimensão espiritual e, por conseguinte, da dimensão religiosa do paciente, por uma perspectiva logoterapêutica.

A partir desse acolhimento inicial, focando a questão do sentido da vida, traça-se todo planejamento terapêutico do paciente, associado às outras necessidades psicofísicas, devendo ser acompanhado e revisto rotineiramente através de reuniões clínicas em conjunto com toda equipe profissional, e caso necessário, alguns encaminhamentos mais específicos são feitos. Aliado a essa abordagem de cuidado, promove-se também outras estratégias que tentam suprir as necessidades encontradas no manejo do acompanhamento espiritual e religioso. São elas: a realização de formações continuadas nas reuniões clínicas, trazendo aprofundamentos de temas associados à espiritualidade e religiosidade, contribuindo para melhor formação dos profissionais; o acompanhamento sistematizado dos grupos religiosos voluntários e a realização de grupos de apoio aos profissionais envolvidos na palição.

Diante dessa proposta de possibilidades no manejo do cuidado espiritual e religioso apresentadas, foi possível concretizar a principal contribuição desse trabalho de tese. Além de que, através dela, foi possível entrar em contato com a realidade específica de uma enfermagem de cuidado paliativo, possibilitando espaços de fala tanto para os pacientes, quanto para os profissionais, promovendo a reflexão sobre suas experiências singulares, o que caracteriza o olhar fenomenológico dessa pesquisa. Mesmo que já tenham sido realizados outros estudos acerca da espiritualidade e religiosidade na palição, considera-se a experiência dos participantes como única e singular, sendo peculiar ao contexto situacional e existencial do momento na qual foi realizada.

O olhar diferenciado da perspectiva do sentido da vida, através das premissas franklianas e da logoterapia e análise existencial, evidenciam o ineditismo desse estudo, por apresentar uma postura diferencial diante da espiritualidade e religiosidade humana em relação aos outros estudos que já foram realizados. Ademais, na revisão da literatura que foi realizada, foi percebido que os estudos existentes apresentaram dados que até corroboraram com grande parte das

experiências apresentadas pelos pacientes e profissionais entrevistados, no entanto, pouco se encontrava a respeito de propostas de cuidado espiritual e religioso no manejo clínico, principalmente por uma perspectiva fenomenológica e existencial.

Assim como toda pesquisa acadêmica, esse estudo também possui suas limitações. Uma primeira limitação foi o fato de que a enfermaria de cuidados paliativos onde se realizou o estudo ainda está se consolidando no que diz respeito aos fundamentos da palição. Nem todos os profissionais que nela atuam são de fato paliativistas, alguns ainda estão em processo de formação, onde a palição ainda está muito presa no discurso, e pouco efetivada na prática, o que pode comprometer o entendimento da prática paliativa. Sendo essa situação algo que intrigou profundamente a pesquisadora durante o período de coleta da pesquisa, ao presenciar situações e condutas profissionais divergentes com a filosofia dos cuidados paliativos.

Foi possível considerar também como limitação do estudo o fato de que o hospital em que se encontra a enfermaria que foi o lócus da pesquisa é um hospital filantrópico que se mantém em grande parte por doações. Por esse motivo, grande parte de seu corpo clínico é composto por profissionais voluntários, havendo grande rotatividade dos mesmos, o que dificulta uma vinculação com os pacientes e, conseqüentemente, fragiliza a prática da palição. Esses dados interferiram diretamente nas experiências externadas através das entrevistas dos profissionais, ao passo que a experiência de cuidado dos mesmos está diretamente relacionada com essa realidade contextual.

Esse contexto apresentado também influenciou em outra limitação do estudo, que foi a dificuldade de contato com os profissionais da enfermaria de cuidados paliativos para a realização das entrevistas. Tanto a rotatividade, como a rotina extremamente exaustiva, diante um número pequeno de profissionais para atender um número superior de leitos, dificultou o acesso aos profissionais, onde se fizeram necessárias várias tentativas de abordagem e agendamento de horários para que se fosse possível realizar as entrevistas.

Muitos profissionais também foram resistentes para participarem do estudo, por terem a ideia inicial de que a pesquisa estivesse associada a alguma movimentação política partidária, diante do contexto político instável que ocorria no período da coleta. Mesmo após o esclarecimento da origem e das reais intenções da pesquisa, sendo assegurada nenhuma vinculação política, alguns profissionais ainda

optaram por não colaborarem com o estudo. Essa limitação demonstra como o contexto cultural, social, político e econômico interfere diretamente no desempenho profissional e na construção do conhecimento.

Além das limitações no acesso às entrevistas com os profissionais, houve dificuldade também em encontrar pacientes que estivessem dentro dos critérios de inclusão do estudo, tendo em vista que a maior parte da clientela atendida nos leitos da enfermaria de cuidados paliativos estudada era de pacientes com comprometimentos severos, impossibilitados de interagirem nas entrevistas.

Apesar das dificuldades encontradas para a efetivação do estudo, tais limitações não comprometem os conteúdos acessados na pesquisa e não retiram o valor acadêmico e relevância social da mesma. Entretanto, a partir dos desdobramentos desse estudo, é possível vislumbrar novas pesquisas. Como por exemplo, o aprofundamento no estudo da participação dos grupos religiosos voluntários no acompanhamento de pacientes, pois foi esse um dado que chamou muito a atenção através desse estudo e apareceu na maior parte das falas dos pacientes, sugerindo um olhar mais profundo diante do papel desempenhado por eles no contexto hospitalar.

É possível sugerir também que futuros estudos possam se debruçar na experiência da espiritualidade no contexto da palição em realidades culturais diferentes, que possam acessar outras perspectivas religiosas, como a perspectiva oriental, que apresenta um olhar diferenciado diante da vida e do processo de morte, e, conseqüentemente, podem apresentar posturas diferenciadas em relação ao manejo da espiritualidade e religiosidade, podendo ampliar as compreensões e formas de cuidado ao homem, trazendo também novas possibilidades para a efetivação de políticas de assistência no manejo do cuidado espiritual e religioso na saúde. Além dessa possibilidade, futuros estudos longitudinais podem também ser incitados a fim de aprofundar a interferência da experiência espiritual e religiosa no momento da morte, pensando na relação desses fenômenos com o retardamento ou proximidade do óbito, em si.

Considerando o material que foi construído como fruto do desenvolvimento dessa tese, durante a sua construção algumas publicações já foram realizadas, através de artigo e resumos publicados em anais de congressos relevantes para área abordada na pesquisa. Além disso, almeja-se que o retorno social oferecido possa atingir tanto a comunidade científica como a assistência em saúde,

especialmente no contexto dos cuidados paliativos.

Ao passo que são apresentadas possibilidades de cuidado espiritual e religioso articuladas a partir das experiências de pacientes e profissionais da palição, elas podem servir de parâmetro para o manejo clínico do cuidado total que deve ser ofertado na palição, contemplando assim uma necessidade que foi identificada desde o início do estudo e motivou a realização do mesmo.

Pretende-se, portanto, apresentar essas possibilidades de cuidado construídas através da tese ao hospital onde foi realizada a pesquisa, especialmente para a equipe de profissionais da enfermagem de cuidados paliativos onde se realizou o estudo, permitindo que eles tenham acesso ao retorno da pesquisa, bem como possam ter uma referência de possibilidade de cuidado espiritual e religioso que os auxiliem no acompanhamento e na palição da clientela a que assistem, promovendo assim um cuidado integral e total, conforme é previsto nas políticas de saúde e premissas do cuidado paliativo.

Desse modo, o retorno da pesquisa alcançará a comunidade científica, através das publicações realizadas do material construído na tese, somando na literatura existente referente aos estudos acerca da espiritualidade e saúde e da assistência paliativa. Bem como poderá contribuir efetivamente no local onde se realizou a pesquisa, atingindo aos profissionais que buscam cada vez mais referências para capacitar sua atuação, e aos pacientes, que podem representar a sociedade geral, como os principais a serem beneficiados pelos frutos do estudo, por terem a oportunidade de serem cuidados de forma integral e com melhor qualidade.

Por fim, compreende-se que o olhar apresentado nessa tese, possui sua singularidade ao enxergar o homem que se depara com sua condição de morte e finitude de forma mais próxima, ainda que sofra, é capaz de transcender a sua condição e voltar-se para algo que vai além de si, sendo capaz de ainda assim encontrar um sentido na vida, na dor ou na morte. Eis sua espiritualidade, o que lhe torna fundamentalmente humano. E, nesse voltar-se para algo, lhe permite um encontro com um TU transcendente, podendo ser esse Deus, o amor, a natureza, o que lhe tenha sentido. O mais importante é que nunca seja desprezada essa sua dimensão, pois é o cuidado a ela que assegura sua existência.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (1993) *Introducción al existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- APA (2009) *Concise dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aquino, T. A. A. (2014) *A presença não ignorada de Deus na obra de Viktor Frankl*. São Paulo: Paulus.
- Aquino, T. A. A. (2011) *Logoterapia e Análise Existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl*. São Paulo: Paulus.
- Aquino, V. V., Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 42-47.
- Arriera, I. C. O., Thofehm, M. B., Milbrath, V. M., Schwonke, C. R. G. B., Cardoso, D. H., Fripp, J. C. (2017) O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 21, n. 1 pp. 1-6 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro.
- Arriera, I. C. O., Thofehm, M. B., Porto, A. R., Moura, P. M. M., Martins, C. L., Jacondino, M. B. (2018) Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 52:e03312 .
- Barbosa, R. M. M. et al. (2017) A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Revista da SBPH*, v. 20, n. 1, p. 165-182.
- Benites, A. C., Neme, C. M. B., Santos, M. A. (2017) Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, vol. 34, n.2, pp. 269-279.
- Cervelin, A. F., Kruse, M. H. L. (2014) Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*: 18(1): 136-142.
- Cervelin, A. F., Kruse, M. H. (2015) Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. *Rev Enferm ufpe*. 9(Supl 3):7615-7624.
- Doyle, D. (2009) *Getting Started: Guidelines and suggestions for those Starting a Hospice/ Palliative Care Services*. Second edition. IAHPC Press; Houston 2009.
- Einstein, A. (1981) *Como vejo o mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Esperandio, M. R., Zarpelon, M., Zorzi, P., Silva, T. D. O., Marques, L.F. (2015) Religiosidade/espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde. *Inter Cult Comun [Internet]*.10(18):195-209.

- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Costa, S. F. G., Batista, P. S. S., Batista, J. B. V., Oliveira, A. M. M. (2016) Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 69(3):554-63.
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Costa, S. F. G., Abrão, F. M. S., Batista, P. S. S., Oliveira, R. C. (2016) Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. *Esc Anna Nery*.20(1): 176-182.
- Ferreira, A. G. C., Duarte, T. M. M., Silva, A. F., Bezerra, M. R. (2015) Concepções de Espiritualidade e Religiosidade e a Prática Multiprofissional em Cuidados Paliativos. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(3), pp. 227-244.
- Frankl, V. E. (2010) A presença ignorada de Deus. (W. O. Schlupp & H. H. Reinhold, Trans.). 11 ed. São Leopoldo, RS: Sinodal; Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (1991) A psicoterapia na prática. Campinas: Papirus.
- Frankl, V.E. (2011) A vontade de sentido. São Paulo: Paulus.
- Frankl, V. E. (2006) Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (1995) Logoterapia e análise existencial. Campinas: Editora Psy.
- Frankl, V. E. (2012) Logoterapia e análise existencial: Textos de seis décadas. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Frankl, V. E. (1992) Psicoanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a la Logoterapia. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V.E. (1989) Psicoterapia e sentido da vida (A. M. Castro, Trad.). São Paulo: Quadrante. (Original publicado em 1946).
- Frankl, V. E., Lapide, P. (2005) Búsqueda de Dios y sentido de la vida: diálogo entre un teólogo y un psicólogo (G. C. Marcos, trad.). Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1973) Proyecto de una psicología para neurólogos. In: *Obras Completas (Vol.1)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gil, A. C. (2010) O projeto na pesquisa fenomenológica. *Anais IV SIPEQ*.
- Giorgi, A. (1985) Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Org.), *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Giorgi, A., Sousa, D. (2010) Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia. Lisboa: Fim de Século.
- Heidegger, M. (1990) Ser e Tempo (parte II). (Tradução de Márcia de Sá Cavalcanti). Petrópolis: Vozes.
- Kovács, M. J. (2004) Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma

- abordagem multidisciplinar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola.
- Lukas, E. (1989) Logoterapia: a força desafiadora do espírito. (J. de Sá Porto, Trad.). São Paulo: Edições Loyola, Santos: Leopodianum Editora.
- Lukas, E. (1992b) Prevenção Psicológica: a prevenção de crises e a proposta do mundo interior do ponto de vista da logoterapia. Petrópolis: Vozes.
- Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., Santos, M. (2016) Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. Rev Bioét.
- Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care ating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. Revista de Enfermagem Referência, 4(4), 89-97.
- Matos, T. D. S., Meneguim, S., Ferreira, M. L. S., Miot, H. A. (2017) Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 25,pp. 1-9.
- Mccoughlan, M.(2004) A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini, L; Bertachini, L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola.24(1):165-175.
- Melo, A. G. C., Caponero, R. (2009) Cuidados paliativos – abordagem contínua e integral. In: Santos, F.S. (org.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu.
- Meneses, A., Avellar, T. H., Veloso, V., Nunes, P., & Pinheiro, B. L. (2015). Noopsicosomaticas em pessoas vivendo com HIV / AIDS: Evidencias de um modelo explicativo. Psico, 46(1), 129-138.
- Ministério da Saúde (BR) (2003) Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moreira, N., Holanda, A. (2010) Logoterapia e sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. Revista Psico-USF: 15 (3): 345-356, set./dez.
- Paiva, B. S., Carvalho, A. L., Lucchetti, G., Barroso, E. M., Paiva, C. E. (2015) "Oh, yeah, I'm getting closer to god": spirituality and religiousness of family caregivers of cancer patients undergoing palliative care. Support Care Cancer.
- Paiva, C. E., Paiva, B. S., Yennurajalingam, S., Hui, D. (2014) The impact of religiosity and individual prayer activities on advanced cancer patients' health: is there any difference in function of whether or not receiving palliative anti-neoplastic therapy? J Relig Health: 53(6):1717-27.
- Panitz, G. O. et al. (2018) Instrumentos de abordagem da espiritualidade na prática

clínica. *Acta méd.* (Porto Alegre), v.39, n.31, p.37-45.

Pessini, L. (2004) A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini, L; Bertachini, L. (2004) *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

Pintos, C. G. et al (2007) *Frankl por definición. Consultor temático de Logoterapia y Análisis Existencial*. Buenos Aires: San Panblo.

Santos, N. A. R., Gomes, S. V., Rodrigues, C. M. A., Santos, J., Passos, J.P. (2016) Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* [Internet] 21(3).

Silva, B. S., Costa, E., Picasso, I. G. S., Silva, G., Silva, A. E., Machado, R. M. (2016) Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida *Cogitare Enfermagem*, vol. 21, n. 4.

Soucek, W. (1948) *Die Existenzanalyse Frankls, die dritte Richtung der Winer psychotherapeutischen Schule*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 73, 594.

Tavares, C. Q., Valente, T. C. O., Cavalcanti, A. P. R., Carmos, H.O. (2016) Espiritualidade, Religiosidade e Saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações Cult Comunidade*.11(20):85-97.

Tillich, P. (1961) "Die verlore Dimension in der Religion". In: Tillich P (org.). *Abentener des Geisters*. Gutersloh: C. Bertelsmann Verlag.

Weber, F. (2009) A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 157-170, jul./dez.

Wittgenstein, L. (1961) *Notebooks 1914-1996*. Anscombe, Oxford: Basil Blackell.

World Health Organization (2002) *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2rd ed. Geneve: OMS.

APÊNDICES

Apêndice A – TCLE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO PRÓ-REITORIA ACADÊMICA PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TÍTULO DA PESQUISA: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR A PARTIR DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL.

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa Espiritualidade e Religiosidade no contexto dos Cuidados Paliativos: um olhar a partir da Logoterapia e Análise Existencial.

2. Você foi selecionado por conveniência e sua participação não é obrigatória.

3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, a instituição que este representa ou outros profissionais da área.

5. Os objetivos deste estudo são compreender como a espiritualidade e a religiosidade é vivenciada pela clientela e equipe de assistência em Cuidados Paliativos de um hospital público da cidade de João Pessoa-PB. Para alcançar essa finalidade no estudo, apresentam-se seguintes objetivos específicos: descrever a experiência da espiritualidade e religiosidade de pacientes em Cuidados Paliativos; estudar como os pacientes percebem a consideração de suas demandas espirituais e religiosas pelos profissionais que os acompanham; entender como os profissionais de saúde do serviço de Cuidados Paliativos lidam com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes; pesquisar as possibilidades de atenção à espiritualidade e religiosidade nos Cuidados Paliativos.

6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada a partir de duas questões disparadoras: - Como o senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual? Como os profissionais que atendem o senhor (a) tem lidado com sua espiritualidade

e religiosidade? O tempo estimado para cada entrevista é de 60 (sessenta) minutos. O registro da entrevista será através de áudio (gravação de voz).

7. Quaisquer despesas com deslocamento, alimentação ou outros itens provocados pela pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores.

8. Os dados colhidos a partir dos instrumentos acima citados, após gravação e transcrição ficarão sob a guarda do pesquisador por tempo ilimitado, sendo utilizados para a publicação de textos científicos que contribuam para o desenvolvimento e assistência dos cuidados paliativos, levando em consideração os sujeitos em sua própria experiência. Também para a produção material que contribua para as políticas públicas referentes aos cuidados paliativos.

9. Os riscos relacionados com a possibilidade de sua identificação serão minimizados pelos pesquisadores, seu nome não será colocado no material transcrito, sendo substituído por um nome fictício. A entrevista será realizada em salas adequadamente vedadas e isoladas quanto a vazamento de som. Os resultados serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os sujeitos colaboradores.

10. Os benefícios são de diversas ordens. Em relação aos profissionais da equipe de assistência em Cuidados Paliativos, através de palestras e de material impresso contribuir para ampliar o escopo das estratégias de cuidado integral no oferecimento dos Cuidados Paliativos. Ao lado da conduta técnica, desenvolver atitudes de acolhimento e melhor compreensão as demandas religiosas e espirituais no contexto da palição. Em relação aos participantes pacientes, permitir um espaço de escuta às suas demandas espirituais e religiosas, permitindo um cuidado integral em seu processo de palição.

11. Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar ou se houver incômodo, desconforto, cansaço, constrangimento ou inconveniência. Mesmo que você conclua todas as fases da pesquisa, ainda assim poderá solicitar a sua exclusão dos resultados finais, sem quaisquer compromissos ou prejuízos de qualquer ordem.

12. Os pesquisadores reconhecem que a narrativa ligada a experiências pessoais quanto a espiritualidade e religiosidade associados ao momento do adoecimento podem provocar estados emocionais diversos, alguns dos quais podem trazer ansiedade e/ou depressão. Deste modo, estarão particularmente atentos e disponíveis para acolhimento mesmo após o término da entrevista, caso seja

necessário. Igualmente pode ser necessário o encaminhamento para profissionais especializados.

13. A devolução dos resultados da pesquisa será realizada através de contato individual para apresentação e discussão. Caso não seja possível a devolução individual faremos chegar material escrito através dos correios assim como estaremos disponíveis para contatos posteriores.

14. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal (orientador) e do pesquisador associado podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Marcus Tulio Caldas

Assinatura

**Rua José Carvalheira nº392 aptº 1402 Tamarineira, Recife- PE. CEP:
52051-060**

Endereço completo

(81) 34279312 – 96340104

DADOS DO PESQUISADOR ASSOCIADO

Sarah Xavier Vasconcelos de Fialho Rodrigues

Assinatura

**Rua Caetano de Figueiredo, nº1660, aptº. 101, Cristo, João Pessoa-PB.
CEP: 58071-220**

Telefone(83)98811-1318

Declaração de Participação

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

Recife, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa (*)

Pai / Mãe ou Responsável Legal (**)

=====

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP
SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte
CEP: 70719-000 - Brasília-DF

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TÍTULO DA PESQUISA: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO
DOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR A PARTIR DA LOGOTERAPIA E
ANÁLISE EXISTENCIAL.

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa Espiritualidade e Religiosidade no contexto dos Cuidados Paliativos: um olhar a partir da Logoterapia e Análise Existencial.
2. Você foi selecionado por conveniência e sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, a instituição que este representa ou outros profissionais da área.
5. Os objetivos deste estudo são compreender como a espiritualidade e a religiosidade é vivenciada pela clientela e equipe de assistência em Cuidados Paliativos de um hospital público da cidade de João Pessoa-PB. Para alcançar essa finalidade no estudo, apresentam-se seguintes objetivos específicos: descrever a experiência da espiritualidade e religiosidade de pacientes em Cuidados Paliativos; estudar como os pacientes percebem a consideração de suas demandas espirituais e religiosas pelos profissionais que os acompanham; entender como os profissionais de saúde do serviço de Cuidados Paliativos lidam com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes; pesquisar as possibilidades de atenção à espiritualidade e religiosidade nos Cuidados Paliativos.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada a partir de duas questões disparadoras: Como o senhor(a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual?- Como o senhor(a) lida com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes que atende? O tempo estimado para cada entrevista é de 60

(sessenta) minutos. O registro da entrevista será através de áudio (gravação de voz).

7. Quaisquer despesas com deslocamento, alimentação ou outros itens provocados pela pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores.
8. Os dados colhidos a partir dos instrumentos acima citados, após gravação e transcrição ficarão sob a guarda do pesquisador por tempo ilimitado, sendo utilizados para a publicação de textos científicos que contribuam para o desenvolvimento e assistência dos cuidados paliativos, levando em consideração os sujeitos em sua própria experiência. Também para a produção material que contribua para as políticas públicas referentes aos cuidados paliativos.
9. Os riscos relacionados com a possibilidade de sua identificação serão minimizados pelos pesquisadores, seu nome não será colocado no material transcrito, sendo substituído por um nome fictício. A entrevista será realizada em salas adequadamente vedadas e isoladas quanto a vazamento de som. Os resultados serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os sujeitos colaboradores.
10. Os benefícios são de diversas ordens. Em relação aos profissionais da equipe de assistência em Cuidados Paliativos, através de palestras e de material impresso contribuir para ampliar o escopo das estratégias de cuidado integral no oferecimento dos Cuidados Paliativos. Ao lado da conduta técnica, desenvolver atitudes de acolhimento e melhor compreensão as demandas religiosas e espirituais no contexto da palição. Em relação aos participantes pacientes, permitir um espaço de escuta às suas demandas espirituais e religiosas, permitindo um cuidado integral em seu processo de palição.
11. Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar ou se houver incômodo, desconforto, cansaço, constrangimento ou inconveniência. Mesmo que você conclua todas as fases da pesquisa, ainda assim poderá solicitar a sua exclusão dos resultados finais, sem quaisquer compromissos ou prejuízos de qualquer ordem.
12. Os pesquisadores reconhecem que a narrativa ligada a experiências profissionais podem provocar estados emocionais diversos, alguns dos quais podem trazer ansiedade e/ou depressão. Deste modo, estarão particularmente atentos e disponíveis para acolhimento mesmo após o

término da entrevista, caso seja necessário. Igualmente pode ser necessário o encaminhamento para profissionais especializados.

13. A devolução dos resultados da pesquisa será realizada através de contato individual para apresentação e discussão. Caso não seja possível a devolução individual faremos chegar material escrito através dos correios assim como estaremos disponíveis para contatos posteriores.
14. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal (orientador) e do pesquisador associado podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Marcus Tulio Caldas

Assinatura

**Rua José Carvalheira nº392 aptº 1402 Tamarineira, Recife- PE. CEP:
52051-060**

Endereço completo

(81) 34279312 – 96340104

DADOS DO PESQUISADOR ASSOCIADO

Sarah Xavier Vasconcelos de Fialho Rodrigues

Assinatura

**Rua Caetano de Figueiredo, nº1660, aptº. 101, Cristo, João Pessoa-PB.
CEP: 58071-220**

Telefone(83)98811-1318

Declaração de Participação

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

Recife, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa (*)

Pai / Mãe ou Responsável Legal (**)

=====

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP
SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte
CEP: 70719-000 - Brasília-DF

Apêndice B - Roteiros de questionários e entrevistas**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (PROFISSIONAIS)**

Sexo: () F () M

Profissão/Especialidade:

Idade: _____

Tempo de profissão: _____

Tempo no hospital: _____

Religião: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)

1) Como o senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual?

2) Como o senhor (a) lida com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes que atende?

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (PACIENTES)

Sexo: () F () M

Idade: _____

Religião: _____

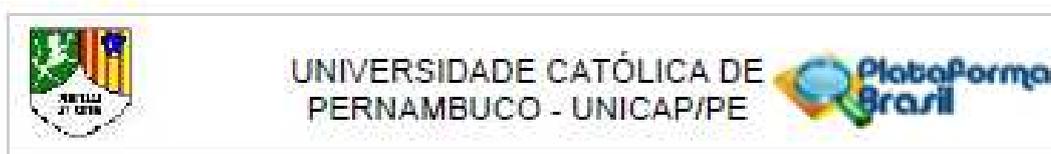
ROTEIRO DA ENTREVISTA (PACIENTES)

1) Como o senhor (a) experiencia sua espiritualidade e religiosidade no seu contexto de vida atual?

2) Como os profissionais que atendem o senhor (a) tem lidado com sua espiritualidade e religiosidade?

ANEXOS

Anexo A – Parecer comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Espiritualidade e religiosidade no contexto dos cuidados paliativos: um olhar a partir da Logoterapia e Análise Existencial.

Pesquisador: Marcus Tullio Caldas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95738518.1.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.925.781

Apresentação do Projeto:

No contexto dos cuidados paliativos, o cuidado espiritual e religioso é previsto em sua atenção integral ao paciente. Assim, a pesquisa, de caráter qualitativo de cunho fenomenológico, se propõe investigar a vivência espiritual dos integrantes de uma unidade de cuidados paliativos, considerando as experiências tanto dos pacientes quanto dos cuidadores. Para tal, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com pacientes e profissionais da assistência da unidade de cuidados paliativos de um hospital público da cidade de João Pessoa-PB, através de perguntas norteadoras acerca da experiência espiritual e religiosa, bem como a respeito do manejo do cuidado espiritual e religioso no contexto paliativo. Será igualmente considerado o diário de campo da pesquisadora. Para a análise das entrevistas será utilizado o método fenomenológico de Unidades de Significado a partir de Amedeo Giorgi. O resultado final resultará do entrelaçamento da análise das entrevistas, do diário de campo da pesquisadora e do marco teórico dessa pesquisa: a logoterapia/ análise existencial de Viktor Frankl.

Objetivo da Pesquisa:

Partindo da concepção de espiritualidade trazida por Viktor Frankl e a Logoterapia e Análise Existencial, o estudo tem como objetivo geral: compreender como a espiritualidade e a religiosidade são vivenciadas pela clientela e equipe de assistência em uma unidade de Cuidados Paliativos de um hospital público da cidade de João Pessoa-PB. Para alcançar essa finalidade no

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 308
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 3.925.781

estudo, apresentam-se seguintes objetivos específicos: descrever a experiência da espiritualidade e religiosidade de pacientes em Cuidados Paliativos; averiguar como os pacientes percebem a consideração de suas demandas espirituais e religiosas pelos profissionais que os acompanham; compreender como os profissionais de saúde do serviço de Cuidados Paliativos lidam com as demandas espirituais e religiosas dos pacientes; propor novas possibilidades de atenção à espiritualidade e religiosidade nos Cuidados Paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos se encontram bem avaliados, tanto no que diz respeito aos pacientes quanto à equipe de cuidadores, constando corretamente no projeto e nos TCLE as possíveis situações de riscos e a forma de contorná-las e/ou remediá-las.

Da mesma forma, os benefícios se encontram bem considerados e apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, que contribui para uma prática humanista da medicina e dos cuidados paliativos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram corretamente redigidos e devidamente anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator. De acordo com a RES. 466/2012, após o término da pesquisa é obrigatória a submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1196286.pdf	11/09/2018 16:39:18		Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_sarah.pdf	11/09/2018 16:38:03	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/08/2018 15:30:07	Marcus Tullio Caldas	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3ª Andar - Sala 306
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 2.025.781

Outros	curriculolattes_SarahXavier.pdf	10/08/2018 15:17:38	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Outros	curriculolattes_MarcusTullio.pdf	10/08/2018 15:17:15	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Outros	carta_de_anuendiahospital.pdf	10/08/2018 15:04:00	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Outros	declaracao_de_aprovacao.pdf	10/08/2018 14:59:28	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	10/08/2018 14:54:55	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_pesquisa.docx	10/08/2018 14:53:51	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	10/08/2018 14:51:41	Marcus Tullio Caldas	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/08/2018 14:49:20	Marcus Tullio Caldas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES_COLABORADORE S.docx	10/08/2018 14:44:22	Marcus Tullio Caldas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EQUIPE.docx	10/08/2018 14:44:11	Marcus Tullio Caldas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 26 de Setembro de 2018

Assinado por:
Karl Heinz Erken
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 2ª Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (51)2119-4041 Fax: (51)2119-4004 E-mail: cap_unicap@unicap.br

Anexo B - Carta de anuência



HOSPITAL PADRE ZÉ
Missão Pela Força da Fé.

Hospital Padre Zé

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Sarah Xavier Vasconcelos de Fialho Rodrigues, a desenvolver o seu projeto de tese: Espiritualidade e Religiosidade no contexto dos Cuidados Paliativos: um olhar a partir da Logoterapia e Análise Existencial, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas cujo objetivo é compreender como a espiritualidade e a religiosidade são vivenciadas pela clientela e equipe de assistência em Cuidados Paliativos de um hospital público da cidade de João Pessoa-PB.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

João Pessoa, em 03 / 08 / 2018.

Izomil de Lima Correia
Diretor Superintendente de Hospital Padre Zé
IZOMIL DE LIMA CORREIA
CPF: 008.260.494-00
DIRETOR SUPERINTENDENTE
HOSPITAL PADRE ZÉ