



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

MICHELL ÂNGELO MARQUES ARAÚJO

**O CUIDADO ESPIRITUAL: UM MODELO À LUZ DA ANÁLISE
EXISTENCIAL E DA RELAÇÃO DE AJUDA**

FORTALEZA

2011

MICHELL ÂNGELO MARQUES ARAÚJO

**O CUIDADO ESPIRITUAL: UM MODELO À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL E
DA RELAÇÃO DE AJUDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Violante Augusta Batista Braga.

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

A69c

Araújo, Michell Ângelo Marques.

O Cuidado espiritual: um modelo à luz da análise existencial e da relação de ajuda / Michell Ângelo Marques Araújo. – 2011.

195 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientação: Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga

1. Espiritualidade. 2. Cuidados Paliativos. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Título.

CDD 615.852

MICHELL ÂNGELO MARQUES ARAÚJO

**O CUIDADO ESPIRITUAL: UM MODELO À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL E
DA RELAÇÃO DE AJUDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde.

Aprovada em: 27/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro
Universidade Estadual do Ceará UECE)

Profa. Dra. Eucléa Gomes Vale
Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS)

Profa. Dra. Gisneide Nunes Ervedosa
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Maria Nazaré de Oliveira Fraga
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus queridos filhos, Miguel
Ângelo, Ana Luíza e Ana Beatriz,
fontes inesgotáveis de sentido para
toda a vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai e mãe de infinito amor, pela dádiva da vida, por sua benignidade imerecida, por sua amizade e por sua presença constante a velar por mim.

Aos meus pais, José Arimatéa (*in memoriam*) e Margarida Maria, pelo amor e pela dedicação, alicerce da vida e de todas as minhas conquistas.

À minha amada companheira, Ana Maurícia, pela sua ajuda e pela sua paciência: sem ela, não conseguiria conciliar todas as atividades com o doutorado.

Aos meus irmãos e familiares, pelo companheirismo e pelo porto seguro de todas as horas.

À Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga, pela orientação, pela amizade, pela paciência e pela confiança depositada.

À Profa. Dra. Margarida Maria da Silva Vieira, pela disposição e pela orientação no estágio de doutorado sanduíche na Universidade Católica Portuguesa.

À banca examinadora desta tese pela presteza e pelas contribuições necessárias para sua adequação e aprimoramento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa estágio de doutorado sanduíche.

Aos amigos e chefes Dra. Sâmia Coutinho, Dra. Haydée Petrônio, Dr. Paulo Ferreira, Dra. Valdelice Queiroz, Dra. Norma Albuquerque, pelo esforço e pelo incentivo à realização do estágio de doutorado sanduíche.

Às amigas, Profas. Dras. Ângela Souza, Dalva Alves, Eucléa Vale, Lia Silveira, Lucélia Farias, Nazaré Fraga, Sílvia Caldeira, pelo incentivo e pelas contribuições profissionais.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, aos professores e funcionários, pelas orientações e pela ajuda no transcorrer do doutorado.

Às colegas de doutorado, pelo companheirismo e pelo crescimento proporcionado.

Aos amigos e colegas de trabalho, pela amizade e momentos partilhados.

Aos técnicos, bibliotecária, Maria Naires, formatador, Felipe, o diagramador, Cleiton, e a revisora do português, Profa. Helena, pela revisão do trabalho.

Aos meus alunos, fonte de motivação para continuar melhorando sempre.

O SENTIDO DA VIDA

“Não sei...
se a vida é curta ou longa demais pra nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira,
pura...enquanto durar...”

(Cora Coralina)

RESUMO

Constitui um desafio para profissionais de enfermagem atender o ser humano nas suas diversas necessidades e contemplar em sua assistência as complexas dimensões humanas. Dentre todas as dimensões humanas, a espiritual tem destaque para a área da saúde: primeiro, porque é a que diferencia o homem dos demais seres, pois integra a capacidade de ser livre, de ser responsável e de buscar, constantemente, um sentido para a vida; segundo, por ser uma dimensão negligenciada, devido à ênfase dada às dimensões psicofísicas e ao distanciamento histórico da ciência tradicional. Constatamos ser necessário um modelo de cuidado espiritual que sirva de suporte a enfermeiros que cuidam de pacientes gravemente enfermos, visto que vivenciam a dor, o sofrimento e a iminência de morte. Nosso objetivo, portanto, é produzir um modelo de cuidado espiritual, com base no referencial teórico-metodológico da “Análise Existencial”, de Viktor Emil Frankl e da “Relação Pessoa a Pessoa”, de Joyce Travelbee. Para isso, desenvolvemos uma pesquisa-cuidado, que mostrou ser uma resposta ética e humanística na forma de fazer ciência, visto que teve a preocupação de beneficiar os sujeitos pesquisados, pois foram cuidados enquanto participavam da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa realizada com três pacientes, com o diagnóstico de câncer, hospitalizados em um hospital público, terciário da cidade de Fortaleza-Ceará. A pesquisa foi dividida em duas etapas: [1] a coleta de dados, realizada durante o processo de cuidar, por meio da relação de ajuda enfermeiro/paciente; [2] a produção do modelo, com base nos dados analisados e confrontados com o referencial teórico. O processo de construção deste modelo foi realizado, utilizando, de forma integrada, as categorias criadas do conteúdo dos diálogos e dos comentários das interações, conforme recomenda Bardin. A construção do modelo foi discutida e apresentada em três elementos do cuidado espiritual: os componentes; o desenvolvendo; a culminância. Esta tese foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e observou irrestritamente os princípios norteadores da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde. O modelo de cuidado produzido fundamenta-se filosoficamente e se sustenta em uma metodologia que orienta as ações de cuidado e se estrutura em dezessete pressupostos teóricos, relacionados com cinco conceitos básicos: ser humano; processo saúde/doença; enfermagem; ambiente; cuidado espiritual. Além disso, segue os passos de construção e estabelecimento do cuidado espiritual, de cuidado propriamente dito e de manutenção e análise do cuidado espiritual, estruturados em três etapas: *Khronos* – fase de construção; *Kairós* – fase de busca; *Aión* – fase de integração. Este modelo contempla o cuidado total, mas enfatiza o espiritual, porque, perscrutando as virtudes e valores humanos, tem como foco central a busca e o encontro do sentido da vida. O presente trabalho não é a única possibilidade de cuidado espiritual, tampouco tem a pretensão de ser a única e a última verdade sobre o assunto. Antes, convidamos todos a conhecerem, aplicarem, validarem, criticarem, ampliarem, contestarem ou rejeitarem, esta tese, se assim julgarem procedente.

Palavras-chave: Modelo de Cuidado, Enfermagem, Espiritualidade, Sentido da Vida, Câncer, Cuidados Paliativos

ABSTRACT

It is a challenge for nursing professionals to assist human beings in their many needs and contemplate the complex human dimensions in their assistance. Of all the human dimensions, the spiritual focus on health: first because it is what distinguishes man from other beings, because it unites the ability to be free, responsible and constantly seek for meaning in life, and second because it is a neglected dimension due to the emphasis on psycho-physical dimensions and the historical distance from traditional science. We verify the need for a spiritual care model that serves as support for nurses who care for critically ill patients, because they experience pain, suffering and imminent death. Our goal therefore is to produce a model of spiritual care, based on theoretical-methodological reference "Existential Analysis", by Viktor Emil Frankl and "One on One Relationship", by Joyce Travelbee. For this we developed a care-research, which proved to be an ethical and humanistic response in the way of doing science, since it was concerned to benefit the research subjects, because they were cared while participating in the research. Performed with three patients diagnosed with cancer, hospitalized in a tertiary public hospital in Fortaleza-Ceará, Brazil. The research was divided in two stages: [1] data collection, carried out during the care process through the nurse/patient aid relationship; [2] the production model, based on the data analyzed and compared with the theoretical reference. The building process of this model was made and integrated using the categories created of the content of conversations and comments by the interactions, as recommended by Bardin. The construction of the model was discussed and presented in three components: the components of spiritual care; developing spiritual care; the culmination of spiritual care. This research was submitted to the Ethics Committee in Research and followed the guiding principles of research involving humans, according to Resolution 196/1996, of the National Health Council. The care model produced is based philosophically and is sustained by a method that guides the care actions and is divided into seventeen theoretical assumptions related to five basic concepts: human being; health/disease process; nursing; environment; and spiritual care. The steps of construction and establishment of spiritual care, the care itself, and maintenance and analysis of spiritual care, structured in three phases: *Khronos* – construction; *Kairós* – search; *Aión* – integration. This model contemplates the total care, but emphasizes the spiritual, because peering into the human virtues and values it has as central focus the search and the finding of the meaning of life. This work is not the only possibility of spiritual care; it doesn't claim to be the only and ultimate truth on this matter. Before, we invite all to know, to validate, to criticize, to extend, to challenge and to reject, if judged necessary.

Keywords: Model of Care, Nursing, Spirituality, Meaning of Life, Cancer, Palliative Care.

RESUMEN

Es un reto para los profesionales de enfermería atender al ser humano en sus diversas necesidades y contemplar en su asistencia las complejas dimensiones humanas. De todas las dimensiones humanas, la espiritual posee énfasis en la salud: primero porque es lo que distingue al hombre de otros seres, ya que integra la capacidad de ser libre, responsable y de la búsqueda permanente del sentido de la vida; segundo, porque es una dimensión descuidada, debido al énfasis en las dimensiones psico-físico y a la distancia récord de la ciencia tradicional. Así, se constata la necesidad de un modelo de atención espiritual para servir de apoyo a enfermeros que atienden a pacientes en estado crítico, debido a la experiencia de dolor, sufrimiento e inminencia de la muerte. Por lo tanto, nuestro objetivo es producir un modelo de atención espiritual, basada en el marco metodológico de "Análisis Existencial", de Viktor Emil Frankl, y de la "Relación Persona con la persona", de Joyce Travelbee. Para esta investigación, hemos desarrollado una investigación-cuidado, que resultó ser una respuesta ética y humanística en la forma de hacer ciencia, ya que la preocupación fue en beneficio de los sujetos de la investigación, pues estos fueron cuidados en cuanto participaban de la investigación. Realizada con tres pacientes diagnosticados con cáncer, hospitalizados en un hospital público, terciario de Fortaleza-Ceará. La investigación se dividió en dos etapas: [1] la recolección de datos, realizada durante el proceso de atención a través de la relación de ayuda enfermero/paciente, [2] la producción del modelo, basado en los datos analizados y comparados con el marco teórico. El proceso de construcción de este modelo fue llevado a cabo e integrado con las categorías creadas del contenido de las conversaciones y comentarios de las interacciones, como se recomienda Bardin. La construcción del modelo se discutió y se presentan en tres componentes: los componentes de la atención espiritual; el desarrollo de la atención espiritual; y la culminación de la atención espiritual. Esta investigación fue sometida al Comité de Ética en Investigación e irrestricto tomó nota de los principios rectores de la investigación con seres humanos, según la Resolución 196/1996, del Sistema Nacional de Salud. El modelo de atención desarrollado se basa filosóficamente y se sustenta en una metodología que orienta las acciones de atención y se estructura en diecisiete supuestos teóricos, relacionados con cinco conceptos básicos: ser humano; proceso salud/enfermedad; enfermería; medio ambiente; atención espiritual. Sigue los pasos de la construcción y establecimiento de atención espiritual, de cuidado real y de mantenimiento y análisis de la atención espiritual, estructurados en tres pasos: *Khronos* – fase de la construcción; *Kairós* – fase de búsqueda; *Aión* – fase de integración. Este modelo considera la atención total, pero enfatiza el espiritual, porque mirando las virtudes y valores humanos tiene como objetivo central la búsqueda y el encuentro del sentido de la vida. Este trabajo no es la única posibilidad de atención espiritual, ni intenta por lo poco ser la única verdad y final acerca de este asunto. Antes, se invitan a todos a conocer, validar, criticar, extender, contestar y rechazar, si así juzgaren necesario.

Palabras-clave: Modelo de Atención, Enfermería, Espiritualidad, Sentido de la Vida, Neoplasias, Cuidados Paliativos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Autotranscendência.....	51
Figura 2. Ontologia dimensional.....	52
Figura 3. 1ª Lei de Frankl	53
Figura 4. 2ª Lei de Frankl	54
Figura 5. Dimensões do existir humano	60
Figura 6. Plano de análise de conteúdo	77
Figura 7. Representação do acesso às dimensões humanas na relação de ajuda enfermeiro-paciente	87
Figura 8. Demanda apresentada pelo paciente.....	89
Figura 9. Ações do enfermeiro para o cuidado.....	89
Figura 10. Formação da relação de ajuda para o cuidado espiritual de enfermagem	90
Figura 11. Componentes da “Relação de Ajuda” Enfermeiro/Paciente	90
Figura 12. Relação entre processo de enfermagem, relação da ajuda e cuidado espiritual.....	102
Figura 13. Valores propiciadores de sentido	115
Figura 14. Virtudes reveladoras de valores	115
Figura 15. Esquema gráfico representativo do sentido da vida.....	116
Figura 16. Representação da fase de <i>Aión/Elpis</i> do cuidado espiritual.....	120
Figura 17. Representação do Cuidado Espiritual de Enfermagem.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Escala <i>FICA</i>	25
Quadro 2. Escala <i>SPIRIT</i>	25
Quadro 3. Trilogia Axiológica	57
Quadro 4. Número de interações	76
Quadro 5. Apresentação das Categorias de Análise.....	78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Cuidando de pessoas com câncer	19
2.2 A espiritualidade e seus aspectos gerais	29
2.3 O cuidado espiritual na Enfermagem	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	48
3.1 “Análise Existencial”, de Viktor Emil Frankl	49
3.2 “Relação Pessoa a Pessoa”, de Joyce Travelbee	63
4 PERCURSO METODOLÓGICO	70
4.1 Tipo de estudo	71
4.2 Local do estudo	74
4.3 Sujeitos do estudo	75
4.4 Etapas de desenvolvimento do estudo	76
4.5 Análise dos dados	77
4.6 Procedimentos éticos	79
5 O PROCESSO: A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CUIDADO	80
5.1 Os componentes do cuidado espiritual	81
5.2 Desenvolvimento do cuidado espiritual	94
5.3 A culminância do cuidado espiritual	117
6 A PRODUÇÃO: UM MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL	122
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICES	147
ANEXOS	193

INTRODUÇÃO

“Ando devagar porque já tive pressa e levo este sorriso porque já chorei demais, hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe, só levo a certeza de que muito pouco eu sei, que nada sei”.

(Renato Teixeira/Almir Sater)

1 INTRODUÇÃO

Constitui um desafio para profissionais de enfermagem atender o ser humano nas suas diversas necessidades, contemplando as dimensões humanas. Em outras palavras, é necessário tomar a clínica de enfermagem em sua dimensão ampliada, qualificando a escuta sobre os padecimentos do paciente com o intuito de ir além do diagnóstico de sinais e sintomas, auscultando as subjetividades produzidas na condição do adoecimento.

Devido à formação naturalista dos profissionais de saúde, quase sempre se dá maior ênfase à dimensão físico-biológica, relegando-se a segundo plano – e até mesmo negando – as demais dimensões, particularmente as espirituais. Tal conduta configura um paradoxo, considerando-se a tão propagada abordagem holística na saúde, a qual percebe o ser humano não somente como a soma das partes, mas como a inter-relação e a influência de cada uma sobre as demais, ou seja, como um todo (LELOUP, 1996).

As instituições de ensino ainda persistem em um modelo centrado no biológico, privilegiando a doença e não o homem como a finalidade de sua ação, apesar de o discurso ser diferente. Esse fato, alvo de muitas críticas, tem sido exposto como inadequado, principalmente ao se propor uma humanização do cuidado em saúde. Isso mostra o distanciamento das práticas de saúde com aquilo que é realmente a integralidade do cuidado, o respeito e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2009).

Faz-se mister compreender este homem, suas necessidades e seus desejos, de forma que contemple toda a sua complexidade dimensional. Compreender as dimensões humanas constitui o primeiro passo para um cuidar integral, tendo em vista que há uma multidimensionalidade ontológica e uma unidade antropológica que precisam ser contempladas (FRANKL, 1990).

Dentre todas as dimensões humanas, a espiritual tem destaque para a área da saúde: primeiro, porque é ela que diferencia o homem dos demais seres, pois integra a capacidade de ser livre, de ser responsável e de buscar, constantemente, um sentido para a vida; segundo, por ser uma dimensão pouco valorizada, devido à ênfase dada às dimensões psicofísicas e ao distanciamento histórico da ciência

tradicional, que desvaloriza tudo aquilo que não poderia ser comprovado por seus métodos experimentais, quantificáveis e replicáveis. Nesse ínterim, somente a filosofia e a religião são responsáveis por explicar e estudar os fenômenos que fogem dos objetos estabelecidos da ciência tradicional (VASCONCELOS, 2006).

Ao realizar um levantamento bibliográfico da produção de enfermagem sobre espiritualidade, observei¹, nos últimos anos, um crescente interesse no assunto, tanto nas produções brasileiras como nas produções internacionais, principalmente a norte-americana. Esses estudos contribuem para a compreensão da espiritualidade nos cuidados de enfermagem e também ampliam a visão da espiritualidade, saindo do reducionismo, este último sempre atrelado, aos aspectos religiosos e psicossociais.

Não se pode esquecer que as primeiras publicações de enfermagem no Brasil já trazem conteúdos de cunho religioso, principalmente porque a prática da profissão sempre foi associada a valores cristãos, como caridade, altruísmo, renúncia, amor e penitência (SÁ; PEREIRA, 2007).

Vale salientar que a espiritualidade é trabalhada nas produções de enfermagem em duas perspectivas: a primeira é relacionada às vivências religiosas nos serviços de saúde e diz respeito a ritos, cerimônias, sacramentos e práticas religiosas cotidianas; a segunda, às questões existenciais relacionadas à vida e seus sentidos. As pesquisas de enfermagem, atualmente, têm tendido para esta última perspectiva.

Meu interesse em estudar a espiritualidade tem relação direta com tudo o que vivi até então. Percebo que minhas escolhas tanto no que concerne ao estudo da espiritualidade como a própria escolha da enfermagem como profissão têm implicações na minha própria história. É preciso que eu partilhe não só meu interesse sobre o tema, mas, antes, minha própria vida, com suas diversas oportunidades de significar e ressignificar sentimentos e acontecimentos importantes que constituem implicações e fundamentações para entender a minha opção.

Ainda criança já fazia questionamentos profundos sobre a vida, a morte e a existência, algo incomum em razão da pouca idade. Algumas respostas foram surgindo com a ajuda de pessoas próximas que, quase sempre, tinham explicações

¹ Nesta introdução e também nas considerações finais – , utilizarei os verbos na primeira pessoa do singular por indicar experiências individuais. No restante do texto, conforme verão os leitores, o discurso está escrito em primeira pessoa do plural, indicando um trabalho coletivo.

baseadas em suas crenças, sua fé e seus preceitos religiosos, os quais me fizeram depois, eu mesmo, procurar, na religião de meus pais (o catolicismo), explicações que acalentavam as dúvidas e as inquietações do existir.

Achava-me uma criança diferente das outras, sempre voltada para questões muito sérias da vida - o que explica a preferência por amizades com adultos e idosos. Sentia-me preterido por meus pais, ocasionando-me uma baixa autoestima e frequentes sentimentos de profunda tristeza. Nessa mesma fase, perdas de entes queridos somam-se às implicações. Aos nove anos, vivenciei a dor do falecimento de minha avó materna com quem tinha um contato íntimo e, aos dez, enfrentei o duro golpe de perder meu pai, assassinado aos trinta e quatro anos de idade. Logo em seguida, nesse mesmo ano, meu avô materno que vivia conosco desde sua viuvez, também falece.

Essas perdas marcaram profundamente a minha vida, de modo que ganharam força e importância os questionamentos que já fazia, tais como: “É essa vida tudo o que há?”; “Há algum sentido para a vida e para a morte?”; “Há alguém maior que nós mesmos, que se importa conosco?”; “Para onde iremos após a morte?”; “Por que sofreremos?”.

Em princípio, a forma que encontrei para elaborar o luto foi me interessar por aquilo que tinha relação com a morte: os velórios, os enterros, os cemitérios, os rituais fúnebres e também as explicações religiosas para esse acontecimento. Em razão disso, houve ainda uma maior aproximação minha com os assuntos religiosos e espirituais ligados à existência, ao viver e ao morrer.

Estabelecendo uma analogia entre minha história pessoal e a história da ostra – que, ao abrir-se, deixa entrar em seu interior grãos de areia que a ferem, mas dão-lhe a oportunidade de envolvê-los e transformá-los em pérolas, fazendo sentido o sofrimento – afirmo que as vivências e os momentos difíceis serviram para as escolhas futuras.

Nesse sentido, o sofrimento gerou competência, influenciando minha opção pela Enfermagem. Estava inclinado, nas atividades acadêmicas, a lidar comumente com pacientes portadores de algum sofrimento psíquico: pacientes deprimidos, terminais, enlutados. Esse fato justifica tanto o meu interesse pela espiritualidade humana e da saúde mental como minha principal área de atuação.

Já na graduação em Enfermagem, procurei estudar o que havia disponível sobre espiritualidade, mas, inicialmente, encontrava somente tópicos relacionados à

religião, aos costumes, às doutrinas e aos ritos. Mesmo não sendo profundo conhecedor do tema, quase intuitivamente rejeitava o reducionismo proposto. Busquei em outras searas algo que pudesse nortear diferentes caminhos e formas de expressão de espiritualidade. Percebi que a espiritualidade tratava-se de algo mais abrangente, que, apesar de conter aspectos religiosos, com eles não se identifica.

Por ter a oportunidade de trabalhar com pacientes com câncer em vários estágios, vejo-me, envolvido constantemente, em questões existenciais, como amor, sofrimento, morte, fé, culpa e esperança, entre outras. Em suas crises, esses pacientes solicitam de nós, enfermeiros, alívio para suas dores e esperam ser ajudados de algum modo. Observo que estamos despreparados para lidar com essas demandas. Há necessidade de discutirmos o cuidado de enfermagem e elaborarmos intervenções que contemplem, sobretudo, os aspectos psicossociais e espirituais desse cuidado.

Tentando me aproximar da dimensão espiritual – aspecto que considero importante no cuidado de enfermagem – desenvolvi, em minha dissertação de mestrado, uma pesquisa voltada à espiritualidade de pessoas com câncer, sem o reducionismo comum. Utilizando a sociopoética como método de investigação, pude compreender e visualizar aspectos transcendentais e imanentes da espiritualidade. A produção do grupo pesquisador trouxe muitas repercussões para o cuidado de enfermagem a pessoas com câncer, destacando-se os seguintes aspectos: a importância de trabalhar a esperança nos pacientes, mesmo que esta seja apenas de viver melhor os últimos dias; o crescimento pessoal depois do adoecimento; o favorecimento do encontro de sentido na própria história de vida (ARAÚJO, 2008).

Essa etapa da minha formação acadêmica foi imprescindível para ampliar as minhas concepções sobre espiritualidade e para me fazer mergulhar no mundo das pessoas com câncer. A partir desse estudo, sinto a necessidade de ir mais adiante, partindo da compreensão para a intervenção.

Com o intuito de avançar no estudo do cuidado espiritual, tive também duas oportunidades importantes para o aprofundamento teórico-prático. No que se refere à primeira, realizei concomitantemente ao curso de doutorado a especialização em Logoterapia. Essa especialização tem como objetivo oferecer formação na “Análise Existencial”, de Viktor Frankl. Esse conhecimento foi importante para situar filosoficamente minha proposta e conhecer melhor essa teoria e a sua aplicação clínica,

a Logoterapia. A segunda oportunidade aconteceu com a realização do estágio de doutorado sanduíche na Universidade Católica Portuguesa, cuja experiência foi enriquecedora por ter tido contato com outros pesquisadores da mesma temática e, ainda, por ter realizado alguns trabalhos no grupo de pesquisa em espiritualidade e conhecer a produção científica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da referida instituição, sobretudo em espiritualidade. Sem dúvida, essas experiências trouxeram contribuições e amadurecimento nesse percurso de doutoramento.

Neste ínterim, constato que é necessário um modelo de cuidado espiritual que sirva como suporte para enfermeiros que cuidam de pacientes gravemente enfermos, visto que vivenciam a dor, o sofrimento e a iminência de morte no ambiente hospitalar. Esse modelo deve oferecer tanto referencial teórico como metodológico para o cuidado proposto.

Na tentativa de responder a tais imperativos, senti-me motivado a desenvolver este estudo, cujos pressupostos são: [1] A “Relação de Ajuda” pode ser utilizada como recurso sistematizado de cuidado espiritual; [2] A “Análise Existencial” oferece subsídios teóricos para o cuidado espiritual.

A partir desses pressupostos, o estudo tem como objetivo geral **produzir um modelo de cuidado espiritual, com base no referencial teórico-metodológico da “Análise Existencial”, de Viktor E. Frankl, e da “Relação Pessoa a Pessoa”, de Joyce Travelbee**. Para isso, abordagens que favoreçam a expressão de sentimentos e necessidades serão definidas e estratégias de cuidado espiritual serão identificadas.

A escolha por essas teorias justifica-se primeiramente, no caso da “Análise Existencial”, por contemplar a espiritualidade de forma ampla, em seus aspectos religiosos e existenciais. No que diz respeito à “Relação Pessoa a Pessoa”, essa opção justifica-se pelo fato de privilegiar a relação enfermeiro/paciente como forma autêntica de cuidado e sua estreita ligação com a “Análise Existencial”.

Penso que o estudo aqui proposto trará contribuição para a enfermagem, ao propor um cuidado espiritual a partir do sentido da vida, preenchendo uma lacuna que existe sobre essa abordagem no cuidado. Apesar de alguns estudos trazerem a temática, poucos avançaram na prática do cuidado espiritual. Faz-se mister, pois, produzir algo que instrumentalize o enfermeiro para esse cuidado, principalmente ao se tratar de pessoas com câncer em estágio avançado e que vivenciam o estigma da morte inevitável e irremediável. Essa condição leva-as a vivenciarem um profundo e completo abandono, no sentido de “ex-sistir”, sobre a pretensa proteção à integridade de quem cuida, dando espaço para o distanciamento, a omissão e o “des-cuidado”.

REVISÃO DE LITERATURA

“Doce é sentir em meu coração, humildemente vai nascendo amor. Doce é saber, não estou sozinho, sou uma parte de uma imensa vida. Que generosa! Reluz em torno a mim, imenso dom do teu amor sem fim [...]”.

(Ziza Fernandes)

2 REVISÃO DE LITERATURA

Optamos, neste estudo, por uma revisão narrativa que em comparação com outras revisões apresenta uma temática mais aberta. Este tipo de revisão tem um caráter descritivo-discursivo, caracterizando-se pela ampla apresentação e discussão de temas de interesse científico, além de permitir que o leitor adquira e atualize o conhecimento sobre uma temática específica de maneira concreta em um intervalo de tempo relativamente curto (SEGURA MUNOZ et al, 2002).

Na revisão narrativa, a seleção do material – artigos, livros, documentos e estudos – é arbitrária, porque fica a critério do próprio pesquisador, sem obrigatoriamente seguir um método sistemático. No entanto, selecionei, além de uma literatura especializada, teses e dissertações no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, artigos que foram selecionados através das seguintes bases: Medline; Publimed; Scielo; Ebscoh; Cochrane; Scopus; Lilacs.

A produção de um modelo de cuidado espiritual, como é proposto neste estudo, exige que compreendamos a espiritualidade humana como algo que sempre foi objeto de interesse da Enfermagem, mesmo que não explícito ou intencionalmente posto. A Enfermagem em sua História, sempre teve relação com a espiritualidade, não somente pela ligação estreita com a religião, mas sobretudo pela prática cotidiana, ao lidar com a dor, o sofrimento e a morte.

Para produzir esse modelo, foi importante, primeiramente, compreender o mundo do paciente com câncer – no que diz respeito ao seu tratamento e seus cuidados, sua relação com a equipe de saúde e as suas necessidades; depois, entender os aspectos da espiritualidade humana; por último, apresentar o cuidado espiritual como possibilidade de cuidado de Enfermagem. Assim foi organizada esta revisão.

2.1 Cuidando de pessoas com câncer

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 70% de todas as mortes ocasionadas pelo câncer ocorrem em países pobres, onde os recursos para a enorme demanda de cuidados são escassos. É estimado que, no

mundo inteiro, nove milhões de pessoas venham a óbito devido ao câncer, em 2015, e 11,4 milhões, em 2030 (OMS, 2002).

O Brasil vivencia um grave problema: o câncer é considerado a segunda causa de morte no país, perdendo apenas para as doenças cardiorrespiratórias. Esse problema constitui um desafio no que diz respeito ao controle, à prevenção, ao acesso aos serviços de diagnóstico e ao tratamento, à superação das situações sócio-econômicas desfavoráveis e das imensas desigualdades regionais (BRASIL, 2009).

Muitas vezes encarado como uma verdadeira sentença de morte pelos próprios pacientes e familiares, o câncer traz em si uma carga de sofrimento, desesperança e desespero. Isso ocorre porque, historicamente, como outras doenças, está associado a castigo, sujeito a explicação mística e confundido não raramente com doença contagiosa, falta de higiene e degeneração física (MOLINA, 2005).

O cuidado com a pessoa com câncer é complexo porque envolve não simplesmente a ameaça à integridade física, mas a possibilidade concreta de morte. Exige dos profissionais de saúde compreender e intervir nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Isso não é tarefa fácil, primeiro pela formação técnico-biológica da maioria dos profissionais de saúde; segundo, pelos mecanismos de defesa desenvolvidos contra o sofrimento presenciado cotidianamente (PITA, 1994).

Os profissionais de saúde vivenciam constantemente momentos de crise, tanto seus quanto das pessoas submetidas aos seus cuidados, envolvendo-se num emaranhado de sentimentos e pensamentos, nos quais elementos subjetivos emergem. Em meio a tudo isso, esses profissionais precisam atender às demandas desses pacientes de forma que consigam alcançar os objetivos de seu cuidado.

Para que isso ocorra, é preciso que os cuidadores estejam apercebidos de seus próprios processos interiores e também dos lampejos, muitas vezes inconscientes, que apontam uma saída ou uma estratégia para melhor assistir aos pacientes. A forma segura de alcançar essa sabedoria é mergulharmos dentro de nós mesmos, caminho árduo, para atingi-lo de forma completa, dado o dinamismo da vida, que sempre nos apresenta algo a conhecer. Há sempre, ainda, algo que não se mostra plenamente, sem falar nos constantes processos de transformações conscientes e inconscientes.

Muitas são as formas de empreender essa caminhada: as tradições religiosas, as psicoterapias, as artes, as crises vivenciadas e os encontros com outras pessoas. Esses processos propiciam ligações sutis com fatos ocorridos, sentimentos reprimidos não considerados. Assim, intuições e sensações são percebidas, lembradas, valorizadas e os valores são confrontados. Tudo isso possibilita a geração de energia e o aumento da capacidade de interpretar, refletir e ressignificar as coisas, desenvolvendo uma inteligência espiritual (BOFF, 1996).

Os efeitos da busca de nós mesmos refletem diretamente na forma como cuidamos de nossos pacientes. Esses efeitos são descritos por Vasconcelos (2006, p. 67), possibilitam ao cuidador o “acesso à linguagem simbólica do inconsciente”. Além disso, fazem com que aprenda “[...] a lidar com imagens e pequenas histórias carregadas de simbolismo e poder entrar num diálogo mais profundo com pacientes e grupos envolvidos em problemas de saúde importantes”, participe “[...] de forma voluntária do processo de elaboração do sentido e da mobilização interior, centrais na dinâmica de enfrentamento da crise do viver de seus pacientes” e, por fim, consiga abrir “[...] a porta de acesso ao saber de manejo da subjetividade e das relações que se encontram acumulados no inconsciente”.

Nos serviços de saúde, os profissionais deparam-se rotineiramente com problemas tão complexos que não conseguem visualizar outro caminho a não ser se fechar e criar uma couraça de insensibilidade, reforçada, inclusive, na formação exigida pelos mestres. Para quebrar esse paradigma, é imperativo o desenvolvimento das dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva. Do contrário, o sofrimento dos pacientes, intensos e constantes, tornar-se-ão insuportáveis para os cuidadores.

É a partir da espiritualidade que os profissionais conseguirão superar essa tendência de afastamento. Nessa perspectiva, a espiritualidade mostra-nos o poder do homem de, pela transcendência, criar, transformar e decidir mesmo em situações extremas de comprometimento. Vislumbra-se a possibilidade de, mesmo no sofrimento, emergir criatividade, crescimento e superação (PESSINI, 2010).

O sofrimento e a proximidade da morte mobilizam muitos processos nos pacientes, uma vez que o sentimento de fraqueza frente a situações irremediáveis traz abertura e disponibilidade para o desenvolvimento de relações afetivas intensas e reorganização de prioridades na vida. Além disso, possibilita encontros plenos de

significados que possibilitam o perdão, a solidariedade, o amor e o respeito à vida de modo geral.

Nesse íterim, a pessoa com câncer empreende um itinerário doloroso – e muitas vezes solitário – do diagnóstico, do tratamento, das recidivas e do processo de morrer. É interessante destacar que o tratamento, nesse contexto, muitas vezes inflige mais sofrimento à pessoa doente, visto que obriga o paciente a se submeter a procedimentos e se expor a terapêuticas desnecessárias, ineficazes e que causam efeitos devastadores nos sistemas imunológico, gastrointestinal, renal e reprodutor.

É inegável que os avanços científicos e tecnológicos deram um salto na prevenção, no diagnóstico precoce e no aumento da possibilidade de tratamento e de cura do câncer. Dentre os tratamentos disponíveis, podemos citar a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a bioterapia, a hormonioterapia e o transplante de medula óssea.

Contudo, mesmo com essas tão diversas e crescentes possibilidades de tratamento, pacientes, famílias e profissionais de saúde deparam-se com a morte inevitável, que, em meio à situação de dor e sofrimento, procuram respostas para solucionar essa tão malfadada situação.

É nesse momento que surge a possibilidade de acabar com o sofrimento, pondo um fim à vida da pessoa que sofre e que não tem mais indicação terapêutica nenhuma, o que chamamos de *eutanásia*, que, traduzindo do grego, quer dizer, boa morte, ou seja a morte como solução ao sofrimento, seja ela voluntária, quando consentida pelo paciente, ou involuntária, quando impetrada pelo profissional. Vivendo a mesma situação de sofrimento, temos ainda em nossos dias, devido aos avanços já comentados, a possibilidade de retardar a morte de uma pessoa ao máximo – uma forma obstinada de manter a vida da pessoa doente a qualquer custo, em detrimento da qualidade de vida –prolongando sua vida e imputando maior sofrimento à pessoa doente. A isso se chama *distanásia*, palavra também de origem grega que significa morte ruim ou indesejada (PESSINI, 2005).

O confronto dos profissionais de saúde com essas duas possibilidades coloca-os na difícil situação em que estão envolvidas a vida e a morte de seus pacientes. Parece fato corriqueiro nos serviços de saúde esse dilema ético: de um lado, a obstinação terapêutica, que causa a *distanásia*; de outro, a *eutanásia*, que, revestida de caridade, põe fim à vida da pessoa que sofre. Perguntas surgem nesse íterim: há outras possibilidades de lidar com o sofrimento do paciente? Como evitar

o prolongamento da vida desnecessariamente ou abreviá-la, de modo a assegurar um cuidado digno, respeitando o tempo de vida de cada pessoa?

Surgiu na metade do século passado uma provável resposta para essas perguntas. Essa resposta é conhecida mundialmente como “Cuidados Paliativos”. Ao tratar desse tipo de cuidado, outro termo foi utilizado por Saundeers (1991) inicialmente: do inglês *hospice*, mas, pela dificuldade de tradução para as diversas línguas, foi cunhado pela Organização Mundial da Saúde o termo “Cuidados Paliativos” (OMS, 2002). Ao se falar em cuidados paliativos, seria mais apropriado falar de cuidados no final da vida.

A pioneira nessa forma de acompanhamento foi a Dra. Cicely Saunders, que fundou o *St. Christopheris Hospice* em 1970. Seu objetivo principal era o manejo de sintomas, incluindo não somente a dimensão física, mas as demais. A família também era incluída nessa modalidade de cuidado que visava reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural. Nesse cuidado não se utilizavam medidas que prolongassem o sofrimento ou encurtassem a vida. Encontravam-se formas de ajudar os pacientes a terem uma vida ativa dentro de suas possibilidades, até morrerem. Asseguravam também apoio à família e respeito ao corpo pós-morte (SAUNDERS, 1991).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu os “Cuidados Paliativos” como resposta ética à eutanásia e à situação de abandono daqueles considerados sem possibilidades terapêuticas. Esses pacientes são comumente tratados com descaso sob o pretexto da impossibilidade terapêutica e, ainda, sob a prática da hipervalorização da tecnologia em detrimento da qualidade de vida da pessoa (distanásia). A Organização Mundial da Saúde (OMS) definia os “Cuidados Paliativos” como:

[...] cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. [...] O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (WHO, 1990. p.11).

Essa definição foi revisada e ampliada, passando a ser considerada como:

[...] uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002. p. 3).

A definição de “Cuidados Paliativos” revisada traz uma mudança importante na forma de ver e cuidar das pessoas encaradas como “sem possibilidades terapêuticas”. A partir da atual definição, a ênfase é dada as pessoas que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Não parece insignificante essa mudança, pois altera drasticamente o cuidado prestado a pessoas com doenças graves, à medida que reforça a necessidade de cuidado e desvincula-o da ideia de impossibilidade terapêutica, como se somente as pessoas que respondessem ao tratamento curativo fossem merecedoras de cuidados.

Parece um tanto quanto artificial o termo “Cuidados Paliativos”, tendo em vista os diversos conceitos de cuidado, sobretudo os produzidos pela Enfermagem. O cuidado de Enfermagem nunca é paliativo, porque seu propósito não é a cura exclusivamente. Em todas as situações, o cuidado deveria visar à autonomia, à dignidade, ao conforto, ao respeito e ao alívio de sintomas (VALE, PAGLIUCA, 2011; WALDOW, 1999).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), os “Cuidados Paliativos” não têm como base protocolos de atendimento. Antes, são baseados em conhecimento de diversas especialidades e são regidos por nove princípios que seguem:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e encarar a morte como processo natural;
3. Não acelerar e nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicossociais e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e depois de sua morte, no luto;
7. Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
9. Iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Os “Cuidados Paliativos” não são somente importantes: são imprescindíveis, por terem como alvo pessoas com uma doença grave e que muitas vezes enfrentam

o medo da dependência, da dor, da degeneração, da incerteza, da solidão, do isolamento, da separação dos entes queridos e de serem abandonadas pelos profissionais que delas cuidam.

Para Kovács (2007), essas pessoas vivenciam o luto da perda de si mesmas e das pessoas próximas, além de apresentarem manifestações de angústia espiritual entre as quais podemos citar: o temor de não serem perdoadas por Deus; a imprevisibilidade do que há após a morte; a falta de sentido na vida.

Muitas escalas foram produzidas para a detecção de necessidades espirituais e são comumente utilizadas. De acordo com Amado (2007), em seu estudo sobre avaliação na área da espiritualidade, três escalas são as mais citadas na literatura: *Spiritual Well-Being Scale*; *Spiritual Perspective Scale*; *Functional Assessment of Chronic illness Therapy-Spiritual Well-Bening Scale*. Ainda segundo seu estudo, as áreas da espiritualidade mais abordadas foram as que se relacionavam com o significado, com o propósito e com a fé. As populações que mais participaram da aplicação dessas escalas foram pacientes com HIV/AIDS, pacientes com câncer e enfermeiros.

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), duas escalas são mais amplamente utilizadas: a *FICA* e a *SPIRIT*. Essas escalas são simples e permitem uma avaliação rápida, conforme demonstrado nos quadros:

Quadro 1. Escala *FICA*

• Faith (fé)	Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido à sua vida?
• Importance (importância)	A fé é importante em sua vida? Quanto?
• Community (comunidade)	Você é membro de alguma igreja ou comunidade espiritual?
• Address (abordagem)	Como nós podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

Fonte: (ANCP, 2009. p. 312).

Quadro 2. Escala *SPIRIT*

• Spiritual belief system (crença religiosa)	Qual é sua religião?
• Personal spirituality (espiritualidade pessoal)	Descreva as crenças e as práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.
• Integration within spiritual community (afiliação a comunidades espirituais/religiosas)	Você pertence a alguma igreja, algum templo ou outra forma de comunidade espiritual? Que importância você dá a isso?
• Ritualized practices and restrictions (rituais e restrições)	Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual. Quais os significados e restrições dessas práticas?
• Implications for medical care (implicações médicas)	Qual desses aspectos espirituais/religiosos você gostaria que eu estivesse atento?

Fonte: (ANCP, 2009. p. 312).

Fica evidente nessas escalas apresentadas nos quadros acima que a ênfase é dada ao sistema de crenças, à religião e à fé. Vale ressaltar que o fato de alguém não crer não significa que ela não tenha necessidade espiritual, como veremos no próximo tópico. A espiritualidade é mais abrangente e compreende a religiosidade, mas com ela não se identifica, conforme já anunciamos anteriormente.

Não podemos perder de vista que as situações adversas podem cumprir um papel importante no crescimento do ser humano. Da dor e do sofrimento próprios da crise, podem-se gerar felicidade e paz, mesmo que não seja num momento tranquilo – permeado muitas vezes por ansiedade e por desespero – se, nas elaborações subjetivas, forem buscados sentidos para mobilizar a reorganização. É importante que o profissional de saúde favoreça o encontro do sentido e do sofrimento a partir de valores dos que sofrem (FRANKL, 2003).

Breitbart (2003) relata que muitos pacientes com câncer, apesar de vivenciarem a ameaça em suas vidas, puderam fazer grandes reviravoltas, priorizando o que era significativo, mesmo na iminência de morte. Observou também que, quanto maior a paz e a compreensão do que está acontecendo, melhores são as respostas à dor e melhor é o enfrentamento à doença e, ainda, há uma melhor qualidade de vida.

Mas não se pode negar que a dor, o sofrimento e a morte iminente geram angústia espiritual. Caso o paciente não encontre sentido para seu estado, seu desespero e seu sofrimento podem se tornar intensos, porque está em jogo sua integridade pessoal e, acima de tudo, existencial.

Corroborando com essa questão, Saunders (1991) formulou o conceito de “dor total” e descreve que a pessoa com câncer vivencia os seguintes problemas: dor física, que é a sensação dolorosa associada às lesões reais; dor psíquica, que é o medo do sofrimento, da morte, do desconhecido; tristezas; raiva; revolta; perdas; inseguranças; incertezas; desespero; depressão; dor social, que é causada pelo isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência e inutilidade; dor espiritual, que é caracterizada pela falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, do submeter-se, das culpas perante Deus, busca de fé, de conforto espiritual.

Kübler-Ross (2005), pioneira no estudo de pacientes terminais, descreve as cinco fases do processo de morte e de morrer: negação, raiva ou ira, barganha, depressão e aceitação. Também alerta que a forma de experienciar essa situação é

individual e temporal, sendo, necessário, portanto, realizar o cuidado de forma específica e exclusiva para cada caso. Alerta que essas fases são permeadas de sofrimento e que os profissionais precisam ficar atentos às mudanças de comportamento e direcionar seus cuidados, a fim de aceitar e acolher as dificuldades encontradas pelos pacientes nessa situação.

Segundo os estudos de Koenig (2001), é inegável que os pacientes que tinham crenças espirituais mostravam-se mais satisfeitos com a vida e sentiam menor dor em comparação com aqueles sem crenças. Esse autor aponta ainda que a expressão da espiritualidade está relacionada a menor risco de depressão, de complicações somáticas, de suicídio e de hospitalizações.

De acordo com a experiência de Breitbart (2003), os pacientes querem conversar com os cuidadores sobre espiritualidade. Segundo ele, essa necessidade está relacionada à dignidade no processo de morte e morrer. Ressalta ainda que se busca a existência plena e não apenas a sobrevivência. Entre as necessidades espirituais mais importantes dos pacientes, destacam-se as seguintes:

1. Ter assegurado sua dignidade como pessoa: muitos temem perder sua identidade e seu direito de decidir sua vida, de se tornarem dependentes e inúteis;
2. Revisar sua vida: muitos encontram sentido na vida, fazendo uma revisão dos acontecimentos. Isso proporciona uma reavaliação de valores e busca do sentido do seu sofrimento;
3. Buscar sentido: a doença pode proporcionar um reagrupamento de valores e impelir a pessoa doente a buscar algo mais forte e maior que a própria doença, pois a idéia de finitude imprime um desejo de encontrar um sentido para a existência;
4. Livrar-se da culpa: a sensação de não ter cumprido tudo o que deveria e a concepção de alguns pacientes que acham que suas doenças são consequências de seus atos falhos podem gerar culpa e aumentar muito o sofrimento, por isso oportunizar o alívio da culpa pode trazer conforto.
5. Reconciliar-se: é possível que enfrentemos questões não resolvidas, mágoas, ressentimentos, assuntos inacabados. Favorecer o encontro com pessoas envolvidas nessas questões e propiciar a reconciliação sem dúvida contribuirá para a paz da pessoa doente;

6. Transcender a situação vivida: a pessoa doente pode transcender através da relação com Deus, com a arte e com a natureza ou ajudando alguém em dificuldade, mesmo sendo ele o mais necessitado;
7. Ser amado incondicionalmente: muitos pacientes sentem um profundo sentimento de solidão, talvez porque seja difícil para parentes e amigos acompanharem o sofrimento e a gradual deterioração física. É preciso reafirmar o amor e estar presente nesse momento;
8. Ter nova relação com o tempo: os projetos a longo prazo podem não ser reais, por isso o tempo precisa ser definido de forma realista para que se possa viver plenamente o tempo que se tem;
9. Permanecer vivo: é a idéia de continuidade, de se manter vivo, mesmo que através de uma obra, da descendência, das palavras, de um feito ou da lembrança. Como fruto de uma vida, encontra-se sentido.

Um método mundialmente conhecido como “Simonton” trabalha com relaxamento e visualização, ajudando os pacientes com câncer a acreditarem que podem interferir no seu estado de saúde e que, trabalhando os conteúdos emocionais, fortalecem as defesas naturais dos pacientes. Esse método investiga o sistema de crenças sobre o processo saúde/doença, a fim de auxiliar na elaboração dos cuidados (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

Seguindo essa abordagem, um destacado estudo sobre o cuidado de pessoas com câncer em fase avançada foi elaborado por Elias (2005), onde ela utiliza o relaxamento, a visualização de imagens mentais e a espiritualidade para ajudar essas pessoas a morrerem melhor. Utilizando as imagens de pacientes que tiveram uma experiência de quase morte, ela conduz seus pacientes a visualizarem essas imagens e com isso diminuir o medo da morte, aliviar a ansiedade e a depressão. Esse modelo, que a autora denominou RIME (Relaxamento, Imagem Mental e Espiritualidade), contempla as necessidades apontadas por Breitbart (2003), porque propicia um espaço de acolhimento e de intervenção no cuidado dos pacientes que estão morrendo.

É possível afirmar que a espiritualidade é aspecto importante do cuidado com a pessoa com câncer, mas antes de nos aventurarmos nesse imperativo, faz-se necessário esclarecer o que chamamos espiritualidade, visto que é um assunto controverso, permeado de equívocos e de reducionismos. O tópico que segue,

portanto, tratará das perspectivas, de aproximação, de esclarecimento e de compreensão.

2.2 A espiritualidade e seus aspectos gerais

Durante toda a História, o homem tenta de diversas formas entender sua existência, criando conceitos e explicações para os mais variados fenômenos da vida. Utiliza para isso a razão (forma de discernimento lógica e consciente), a sensação (capacidade de percepção dos sentidos), a emoção (sensibilidade dos sentimentos) e a intuição (capacidade de perceber, compreender e pressentir sem, necessariamente, fazer uso do raciocínio ou análise). Em dado momento histórico, a ênfase desloca-se para uma dessas formas de conceber a realidade e a existência, mas não deveria invalidar as demais (LELOUP; BOFF, 1997).

Desde a Antiguidade, a sensação, a emoção e, sobretudo, a intuição são valorizadas sem que seja deixada de lado a razão. Os mitos, as fábulas e as parábolas são exemplos de como aspectos tão densos e profundos da vida são compreendidos de forma tão simples.

Para Jung (1987), os mitos surgem do inconsciente coletivo, local da *psiqué*, onde estão armazenadas todas as experiências comuns da humanidade, desde os tempos imemoráveis. Nesse inconsciente coletivo, aspectos importantes da vida são armazenados em forma de lendas, superstições, rituais e formas variadas de arte, que estarão presentes por toda a vida. Por isso, não podem ser desconsideradas ou invalidadas como fato de menos importância. As explicações contidas nos mitos são fontes de sabedoria e correspondem às necessidades do tempo vivido. Nasceram do desejo de entender o mundo e têm origem no cotidiano. Levam a marca de seu tempo, de sua cultura, representando o sujeito coletivamente, transmitidos de forma oral de geração a geração. Tentam acalmar o homem naquilo que é desconhecido, que o deixa inseguro e permanece como tradição, unindo e redirecionando as emoções coletivas.

Na Idade Média, conhecida como “Idade das Trevas”, a ciência e seus métodos foram impedidos de realizar avanços, tudo isso em nome de Deus e da religião, por entender que a vida e o homem bastavam nessa relação com Deus e com seus supostos representantes legítimos na terra. No decorrer do desenvolvimento histórico, observa-se que as relações entre os diversos saberes

científicos, religiosos, filosóficos, artísticos alternaram-se conforme as estruturas estabelecidas de poder, onde a lógica era impressa de acordo com as instituições dominantes. Isso gerou certo distanciamento da ciência em relação às questões religiosas. O Iluminismo, na Idade Moderna, levou-nos a caminhar para o outro extremo, posto que supervalorizava a objetividade e desprezava tudo aquilo afeito à religiosidade, perdendo-se a perspectiva do sublime e do sagrado (CREMA, 1997).

Como sabemos, na Idade Média, grandes atrocidades foram cometidas em nome da religião. Da mesma forma, na Idade Moderna e na Idade Contemporânea, essas atrocidades foram legitimadas em favor do avanço da ciência. Esta passou a ser a detentora da verdade, pois a supervalorização da cientificidade como única forma de conhecimento esconde e esquece outras formas como a filosofia, a arte, a tradição, a religião e a cultura, causando uma redução e um prejuízo no modo como vemos e transformamos a realidade (SAVIOLI, 2006).

Mas os fatos não acontecem cronologicamente de forma linear, pois vemos sempre um dobrar e desdobrar dos acontecimentos históricos. Vez por outra, a religião assume lugar de destaque nos caminhos e nas decisões no mundo, imprimindo sua lógica, quase sempre questionada pela ciência, que tenta, se impor, com seus variados métodos, e retomar seu posto como última verdade.

Para Foucault (2006), a problemática tem seu foco nas concepções de como se chega à verdade. Ora, o homem pode buscar a verdade através da espiritualidade, que é possível no exercício da *ascese*. O sujeito, transformando-se, torna-se sujeito capaz da verdade, empreende outro caminho na busca do próprio conhecimento e compreende que o conhecimento em si propicia o encontro da verdade. Foucault (2006, p. 21), ao descrever a concepção espiritual de acesso à verdade, ilustra bem o impasse:

Para a espiritualidade, um ato de conhecimento, em si mesmo e por si mesmo, jamais conseguiria dar acesso à verdade se não fosse preparado, acompanhado, duplicado, conformato por certa transformação do sujeito, não do indivíduo, mas do próprio sujeito no seu ser de sujeito.

Foucault (2006) ainda acrescenta que o conhecimento toma lugar proeminente nessa busca, no chamado “momento cartesiano”, que começa quando ascende a verdade através do conhecimento e somente nele, sem que seja necessária qualquer modificação ou alteração do sujeito. Esse mesmo sujeito é capaz, por si mesmo e pelos esforços de conhecimento, de reconhecer e ter acesso

à verdade. A lógica dessa estrutura é representada, segundo Foucault, na ênfase dada ao “conhece-te a ti mesmo” e não como deveria ser no “cuidado de si”, que compreende o poder e a capacidade do sujeito de ser sujeito em si mesmo.

Toda essa discussão traz o percurso ocidental de busca do conhecimento e da espiritualidade. No Oriente, para alguns povos da África e, ainda, alguns povos nativos da Oceania e das Américas, essa lógica não se repete ou mesmo integra harmoniosamente essas duas possibilidades, perfazendo uma totalidade. Como comenta Boff (2006, p. 37),

O caminho espiritual do oriente é o da totalidade, vale dizer, da unidade da realidade. As coisas não estão colocadas umas ao lado das outras, em justaposição, mas são todas sinfônicas, interligadas. Há uma grande unidade, mas uma unidade complexa, feita de muitos níveis, de muitos seres diferentes, todos eles ligados e religados entre si [...]. O drama é sentir-se um elo vivo e esquecer que este é um elo da única corrente de vida [...]. A experiência de totalidade, [é] uma experiência de não dualidade. Isso equivale a dizer: sentir-se pedra, planta, animal, estrela, numa palavra, sentir-se universo.

O mesmo acontece com as concepções espirituais indígenas e afro-brasileiras, por ser um conteúdo profundamente enraizado na ecologia. O mundo, os ambientes e seus moradores estão impregnados de uma energia cósmica, penetrante no universo, na realidade e, principalmente, no homem, que contagia sua própria realidade com energias sutis de solidariedade e respeito por todas as coisas vivas e inanimadas (PREVITALLI, 2005).

A relação com o tempo também difere da cultura do Ocidente. A passagem do tempo para nós ocidentais ocorre de forma linear, que começa no nascimento e acaba na morte. Para os africanos, a vida é um eterno fluxo que corre de geração a geração em um ciclo vital interminável, que inicia nas transformações (nascimento, crescimento, maturidade, velhice e morte) e, depois, da morte, alcança-se o nível ancestral e reinicia-se com o nascimento novamente. Essa concepção de tempo influencia sobremaneira a forma de viver a vida e a espiritualidade (RIBEIRO; KING, DIAS, 2004)

A Medicina ocidental consolida-se como prática científica apoiada no modelo cartesiano de explicação do homem e do processo saúde-doença. Nesse modelo, o homem é visto como uma máquina; a doença, como o mau funcionamento dessa máquina; os profissionais de saúde, como mecânicos que consertarão a máquina com defeito. O objeto de estudo é a doença e seu enquadramento em entidades

patológicas e definições anátomo-químicas. Mas quais são as consequências disso? Vasconcelos (2006, p. 26) considera:

A razão tornou-se o único meio aceito como legítimo de compreensão da vida e da definição dos caminhos de organização da sociedade capaz de levar ao progresso e ao bem estar, desvalorizando as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da inspiração poética e da vivência religiosa.

A forma como percebem o mundo, a partir do conhecimento científico, é dualista. Há o mundo da matéria, de tudo o que é concreto, e há o mundo do espírito, sendo este último objeto de estudo apenas da Filosofia e da Teologia. Se analisarmos essa dicotomia, muitos aspectos religiosos que influenciam o processo saúde-doença não são levados em consideração, tampouco são discutidos abertamente, correndo-se o risco de infiltrarem-se nesses meios de forma silenciosa e pouco crítica, como denuncia Vasconcelos (2006).

Esse modelo biomédico começou a entrar em crise no século XX, devido à crítica ao modelo centrado na doença, à falácia de um conhecimento objetivo afastado da subjetividade e às consequências catastróficas da supervalorização da razão em relação à sensação, à emoção e à intuição.

Percebendo que esse modelo não dá conta de toda a complexidade da vida, abre-se espaço para outras formas de explicar os processos vividos pelo homem. Ampliando a discussão sobre o modo de fazer ciência na saúde, a religiosidade insere-se numa construção objetiva de investigação que ressignifica variadas dimensões nas práticas de saúde, desde que discutida de forma aberta e crítica.

Muitos hoje têm interesse por questões espirituais e pelas formas de vivê-la, sem obrigatoriamente seguir uma instituição formal, dando origem à experiência pessoal de transcendência, – isso devido ao descrédito das variadas formas constituídas de caminhos religiosos ou, até mesmo, de projetos de emancipação humana, como o liberalismo, o nazismo e o comunismo. Inundado de muitas filosofias e religiões e observando os limites do modelo cartesiano de razão e ciência, o homem se pergunta sobre o sentido da vida, a existência de Deus e de perspectivas quanto à ciência e ao seu futuro. Isso fica evidente no aumento do interesse e da produção científica na área (KOENIG, 2008).

As concepções de espiritualidade são diversas e grandes pensadores dedicaram esforços para compreender esse tema. Com base nessas concepções, destacamos quatro abordagens que mais influenciam a saúde no tocante à

espiritualidade: a psicanálise, a psicologia analítica, a psicologia transpessoal e a análise existencial.

Para Freud (1976a), essa busca espiritual ou mesmo religiosa é consequência do sentimento de desamparo. Frente a esse sentimento, a idéia de salvação e de imortalidade, de lugar protegido e seguro e, ainda, de lugar paradisíaco tranquiliza e reestrutura o homem. Essa concepção de imortalidade surge nos níveis primários de desenvolvimento infantil, sendo posteriormente substituído pelo conhecimento da realidade. Esse mesmo autor esclarece que a ideia de Deus, de divindades, de rituais, de leis, de normas e de princípios morais são uma representação do complexo centrado na figura paterna. Mesmo reconhecendo que os aspectos espirituais ou religiosos servem para segurar ou barrar as pulsões antissociais e trazer certo grau de conforto para o homem, devem ser encarados como ilusão humana.

Freud (1976b) reconheceu posteriormente a importância da religião não somente para a manutenção da ordem social, mas, sobretudo, para a própria sanidade do homem. Define a fonte da religiosidade como sendo um sentimento de eternidade, de algo ilimitado sem fronteiras, ou sentimento oceânico, que alguns seres humanos experimentam. Investiga as causas e as origens deste sentimento oceânico e nele apresenta outra versão para aquilo que se dizia como a fonte da religião.

Um dos mais ilustres discípulos de Freud – e depois dissidente –, Jung, traz uma visão diferente da espiritualidade e, por isso mesmo, seu rompimento com seu mestre. Para Jung, a espiritualidade não seria uma resposta à angústia ou ao desamparo frente à morte, mas antes algo inerente ao homem. A morte, portanto, seria encarada como a conquista da totalidade, antes precedida da sabedoria adquirida durante as experiências e as oportunidades da vida, fruto de um estágio de desenvolvimento humano além do estágio infantil e juvenil. Os conteúdos vivenciados pelo homem seriam, portanto, reprimidos e reapareceriam de forma coletiva em um contexto individual. A transcendência seria a manifestação do simbólico, não de forma consciente, mas advinda da *psiquê* inconsciente e coletiva, dando o caráter de revelação ao conteúdo experienciado (JUNG, 1984).

Outra perspectiva que temos de espiritualidade é o da psicologia transpessoal, cujo maior expoente atual é Ken Wilber. Nela, propõe-se um retorno às tradições religiosas e espirituais para compreender toda a potencialidade

humana. Os quatro constructos são: estado de unidade; definição e compreensão de vida/morte; ego e transcendência do ego; cartografia da consciência. A partir da compreensão da consciência – incluindo seus aspectos como funções, estrutura, estado, desenvolvimento, relação/comportamento –, Wilber (2006) destaca na estrutura da consciência o “Grande Ninho do Ser”, que seria um espaço para o desenvolvimento dos potenciais humanos, trazendo repercussões como ondas nos níveis da estrutura. Esse “Grande Ninho do Ser” tem como foco os níveis a serem atingidos e, como clímax, o nível espiritual. Para esse autor, a religião teria duas funções, translativa e transformadora, e agiria, portanto, como propiciadora de saúde e preveniria o adoecimento, de forma que um indivíduo, se não encontrasse sentido nas situações e na vida em si, poderia adoecer.

Frankl, que foi contemporâneo de Freud e Jung, teve a oportunidade de vivenciar na prática suas teses nos campos de concentração nazistas. Quando esteve como prisioneiro, entendia que o homem possui a dimensão espiritual como forma de organizar a existência, que permite encarar a vida e a morte em uma visão de liberdade. Para ele, o homem configura-se homem na busca pelo sentido da vida e no querer um significado para sua existência. Este autor concebe a espiritualidade como algo que traz como objetivo a vida e gera o conforto e a esperança frente ao sofrimento inevitável (FRANKL, 1991).

Abandonando o modo dualista de ver o mundo e o homem – herança platônica e iluminista – e refutando o modo reducionista contemporâneo, passamos a rejeitar a concepção de que o ser humano é bidimensional. Por essa razão, aceitamos a multidimensionalidade proposta por Frankl. Escolhemos deter-nos à “Análise Existencial” por permitir compreender o fenômeno espiritual de forma ampla e livre da redução comumente imposta, além de dar ênfase ao sentido da vida como forma de vivenciar a espiritualidade.

Partindo das concepções de Frankl (1990), o homem possui três dimensões (corporal, mental e espiritual) que se interpenetram, conservando a unidade do ser. Apesar de sua multiplicidade, reconhece suas diferenças ontológicas, mas também sua unidade antropológica. Isso está posto como vemos em seu comentário:

A imagem do homem se dá na coexistência entre sua unidade antropológica e suas diferenças ontológicas, entre o modo único de ser que o homem possui e as modalidades diferenciáveis do ser, no sentido de existir (FRANKL, 1990, p. 40).

Mas poderíamos nos perguntar: o que é essa dimensão espiritual? Como diferenciá-la de aspectos religiosos e psicossociais? Como perceber e caracterizar a espiritualidade no homem?

Ervedosa (2004), em sua ampla revisão de literatura sobre as questões da religião, da espiritualidade e da saúde, traz a perspectiva de muitos autores que se dedicaram à explicação sobre a diferenciação entre religiosidade e espiritualidade. Segundo ela, os autores associam o sagrado à religião e o significado à espiritualidade, dentro, portanto, de muitas intercessões e distanciamentos. A espiritualidade abrangeria a própria religiosidade porque estaria ligada à noção de significado, seja em relação à vida, à morte ou à noção de Absoluto. Por conseguinte, a religiosidade teria também um componente secular ligado às experiências e relacionada ao significado também, visto que aproxima os dois conceitos.

Koenig et al. (2001) faz uma distinção bem clara acerca da religiosidade e da espiritualidade. Concebem a religiosidade como conjunto de práticas orientadas por crenças, símbolos e rituais, visando a uma relação direta com o transcendente e com a vida comunitária, e a espiritualidade, como uma vivência orientada para os significados de vida, morte e missão, com características mais individuais e subjetivas.

De uma forma mais forte, Solomon (2003) propõe uma diferenciação quando trata da espiritualidade, que ele mesmo chama de “naturalizada”, livre dos dogmas religiosos e também dos excessos dos movimentos espiritualistas e exotéricos, como vemos em seu comentário:

Entre minha aversão por hipocrisia moralista e meu desdém por banalidades insensatas da Nova Era, rejeitei erroneamente o que agora vejo ser uma dimensão essencial da vida. A espiritualidade pode ser separada tanto do sectarismo vicioso quanto a banalidades irrefletidas. A espiritualidade, cheguei a compreender, é nada menos que o amor bem pensado à vida (SOLOMON, 2003, p.18)

Para Frankl (1995), a questão está naquilo que é próprio da dimensão espiritual, que ele denominou “noético”, além da religiosidade. O espiritual ou noético está no âmbito que torna esse homem um ser facultativo, ou seja, com capacidade para decidir, mesmo sendo também fático, devido a seu determinismo psicobiológico.

Um aspecto que se pode destacar, para tentar responder a tais questões, está naquilo que é próprio do espírito: sua liberdade e sua responsabilidade. Na compreensão frankliana, o homem é livre ôntica e ontologicamente, em sua condição primária. Essa liberdade origina-se da dimensão espiritual, parte da pessoa e não se submete aos condicionantes biopsicossociais ou mecanismos de qualquer sorte.

É através da liberdade que o homem toma posição e atitude frente aos diversos condicionantes da vida: sem ela, não há qualquer decisão. Uma vez que é pessoal e única, não pode ser imposta, precisa ser assumida através da livre expressão. Jamais poderia originar-se de outra dimensão a não ser da espiritual, visto que todas as outras estão atreladas a leis e mecanismos neurobiológicos, psicobiológicos ou psicossociais (RODRIGUES; BARROS, 2009).

A liberdade está sempre ligada à responsabilidade. Roehe (2005) ressalta que a responsabilidade vem antes da liberdade: primeiro, o homem é responsável por sua vida, por si próprio, pelos outros e pela sua consciência; a partir daí, torna-se livre para escolher com base em seus valores, objetivando-os e partindo de si próprio. A responsabilidade deve ser entendida como habilidade de responder a algo. Esse “algo” está fora ou além de nós, portanto, algo transcendente ao homem. Podemos dizer que a responsabilidade é o exercício de transcendência. Somos convidados constantemente a nos posicionar frente à dada situação para um “tu”, para um “nós”, para um “outro” – isso nada mais é que responsabilidade ou transcendência.

A espiritualidade está intimamente ligada à concepção de transcendência, como atesta a definição de espiritualidade de Boff (2000, p. 23):

Experiência de contato com esta dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana. Que as transcende. Seria a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela transcendência

Corroborando a definição supracitada, Modin (1980, p. 263) também traz a transcendência como elemento chave para compreender a espiritualidade. Para ele,

O homem está em condições de sobrevoar todo o mundo da experiência, valorar e julgar o presente e o passado e antecipar o futuro, porque traz em si um elemento de imaterialidade, ou melhor, de espiritualidade.

Segundo Schramm (2007), a transcendência pode ser apreendida de duas formas: transcendência vertical e transcendência horizontal. A primeira pressupõe uma estrutura hierarquizada das relações entre humanos e um ser superior ou de seus pretensos representantes, onde é necessário se submeter à decisão de um “outro”. A segunda não se fecha no imanentismo, mas propõe uma ponderação reflexiva dos princípios absolutos e da autoridade não revogável, rompe com a hierarquia e estabelece a horizontalidade, exemplificada no conceito Homem-Deus do Cristianismo, construindo uma ética emancipada do sobrenatural e do divino.

É importante deixar claro que a transcendência aqui referida – e que se adota neste estudo – não se contrapõe à imanência, pois é compreendida como uma dimensão que embora não percebida *a priori*, está presente, na experiência humana, não fora dela, mas, sobretudo, nela imbricada, possibilitando um desdobrar de uma realidade não vista, mas, por vezes, revelada (BOFF, 2000).

Sim, pelo que vemos, é possível integrar duas concepções aparentemente opostas, transcendência e imanência, como definiu Boff (2002), em “transparência”, que é uma síntese dialética, significando a presença da transcendência na imanência. A esse respeito, Vasconcelos (2006, p. 36) explicita essa transparência:

Um ser humano nunca pronto, sempre em construção. Ser marcado por limitações imensas em seu corpo, na sua inteligência e capacidade de afeto; ser enraizado num determinado local, tempo e contexto social e cultural; submetido a situações de opressão, de miséria e de falta de perspectivas de superação. Mas, nas mais profundas situações de opressão, seus sonhos e desejos latejam incessantemente, empurrando-o para uma teimosia e persistente busca de superação... Nos momentos mais difíceis, seu humor relativiza todas as coisas e delas ri, mostrando que não está definitivamente encurralado. Esta dimensão de abertura e força do ser humano, de romper barreiras, de superar proibições e de ir além de todos os limites é a sua transcendência.

Há ainda uma perspectiva da espiritualidade que vai além desses conceitos produzidos, de uma visão espiritual religiosa, naturalizada, transcendente para uma outra sobrehumana: a dimensão pneumática, que não exclui as anteriores, mas revela a noção bíblica de espírito. Essa dimensão vem do hebraico *Ruah* e significa, sopro, ou seja, algo que vivifica a matéria inanimada e que realiza e integra todas as noções anteriormente propostas, visto que esse sopro é a vida em si, é a ligação com tudo o que há no mundo; é a relação com aquilo que nos faz transcender e, ainda, com Deus (HENNEZEL; LELOUP, 2002).

Tudo o que foi tratado até agora mostra-nos dois pontos importantes: [1] a espiritualidade não está ligada simplesmente a questões metafísicas, antes disso, é parte integrante do todo que é o homem; [2] o conceito de espiritualidade não pode ser confundido com o de religiosidade, pois o primeiro é mais amplo e complexo.

Frankl (1995) revela a capacidade humana de transcender. Para ele, essa capacidade advém de sua dimensão noética ou espiritual, pois nela se encontra a liberdade de decisão frente a todos os condicionamentos humanos, inclinando-se para o interesse prático e artístico, o pensamento criativo, a intencionalidade, a religiosidade, o senso ético e a compreensão de valores. Essa dimensão noética possibilita ainda que se revele a responsabilidade como outro aspecto da espiritualidade, porque inclui o “para que” da liberdade humana. Nesta perspectiva, o homem é visto como responsável por cumprir e realizar o sentido e os valores. Assumir isso é o sentido da existência humana.

Uma outra concepção de espiritualidade está ligada à forma peculiar de estar no mundo e de se relacionar com as pessoas, empreendendo uma teia de ligações frente ao materialismo e às dificuldades para se abrir a totalidade. É também “um amor bem pensado à vida” em seu poder de fazer escolhas e encontrar sentido na vida e, em todos os seus momentos, extrair aquilo que é importante para o crescimento mesmo em fase de sofrimento (SOLOMON, 2003; PAIVA, 2004).

A espiritualidade naturalizada, já citada anteriormente, propõe formas de viver essa dimensão. Uma delas é a música, por meio da qual transcendemos e atingimos um estado de êxtase, permitindo com isso transpor as situações adversas, os temores e os desejos inoportunos. Outra forma de viver a espiritualidade é também sendo arrebatado pela contemplação da natureza. Credo ou não em um Criador, é impossível ficar indiferente com toda a beleza e a diversidade que a natureza proporciona para o homem admirar. Outra forma seria ainda a capacidade de o homem amar, ser solidário, desenvolver a amizade e esquecer, mesmo que temporariamente, de si (SOLOMON, 2003).

É importante ressaltar que é possível o desenvolvimento da espiritualidade. Leloup e Boff (1997) descrevem esse desenvolvimento em fases e o chamam de “itinerário espiritual”.

O primeiro estágio que se pode descrever como encontro com o “numinoso” acontece através de processos individuais de interiorização, que conectam as dimensões profundas de subjetividade e proporcionam muitas vezes um estado

alterado de consciência. Esse estado traz ao indivíduo o encontro com conteúdos surpreendentes e muitas vezes capazes de transcender a dor e o sofrimento, além de causar um bem-estar profundo, o que chamamos de êxtase. Em outras palavras, é o encontro ou experiência de um ser finito/limitado com algo transcendente, permeado de qualidades não apreendidas racionalmente. Segue-se a este um estado de metanóia, de busca dos significados da experiência vivida. Além da metanóia, seguem as consolações – ou estado de paz e consolação – que poderão trazer riscos espirituais se nos fizerem parar no caminho, impedindo-nos de continuar o itinerário.

Os estágios seguintes são o da dúvida e o do vazio. É nesse momento que a pessoa, saída da experiência do numinoso, vivencia a volta à realidade. Questionamentos, dúvidas e incertezas assolam e tiram-lhe a paz. Esse estado pode muito bem ser representado por um reservatório vazio e sujo, que recebe inesperadamente uma quantidade inimaginável de água – e da mais pura. Até que a sujeira já existente possa “sentar”, ir para o fundo, o reservatório e a água terão aparência lamacenta. De nada adiantará tentar limpar a água ou acrescentar mais água ao reservatório. É preciso esperar, viver esse tempo, que se configura difícil, mas imprescindível, para avançar a outros estágios.

Os últimos estágios são a abundância da transcendência e o retorno ao cotidiano, nos quais acontece a verdadeira, duradoura e autêntica mobilização do potencial da espiritualidade, é o que Vasconcelos (2006) chamou de espiritualidade engajada, na qual a força oriunda do espírito humano já conectado – não somente consigo mesmo, mas com a vida – é empregada para uma causa ou para alguém. O êxtase agora é conseguido, com alívio da dor de alguém, com a luta contra a injustiça, contra a miséria ou no empenho de se conseguir algo em prol dos outros e da vida, vivenciando, assim, o pleno sentido de espiritualidade, conforme descrito por Leloup e Boff (1997, p. 24):

Espiritualidade significa alimentar em nós esta fonte de onde jorra, continuamente, a vida. A espiritualidade é um ponto que coloca a centralidade da vida a partir daqueles que menos têm vida [...] toda espiritualidade tem dimensão ética de defender e expandir a vida [...].

Para Leloup e Boff (1997), aqueles a quem se referem como os que menos têm vida são os trabalhadores explorados, os pobres, os excluídos e marginalizados, os injustiçados, os humilhados e todos os usurpados em sua dignidade e cidadania.

Estes são frutos do sistema capitalista, que concentra os meios de vida, saúde, educação, habitação, alimentação e lazer nas mãos de poucos. Vivenciar a espiritualidade requer um comprometimento com os que sofrem, valorizando suas experiências e conhecimentos, percebendo que há muita riqueza de vida neles. Reconhecer isso exige ver todos os aspectos de vida dessas pessoas, não reduzindo-a ou limitando-a aos aspectos econômicos.

Os que vivem esse estágio de engajamento espiritual ou espiritualidade ativa empreendem incansavelmente uma luta contra o sistema estabelecido e se misturam de forma tão homogênea que se fazem eles próprios excluídos, injustiçados e humilhados, conseguindo ajudar não só aos outros, mas a si mesmos em participação. Temos muitos exemplos de pessoas que provavelmente conseguiram esse nível espiritual: Francisco de Assis, Betinho, Madre Tereza de Calcutá, Luther King, Gandhi.

Ressalta-se que esse itinerário espiritual não é estanque e não ocorre de forma linear. A busca por esse caminho espiritual se dá em muitas idas e voltas. Não é traçado um modelo de santidade, mas parte-se do pressuposto de que vivermos os aspectos espirituais é valorizar as ações solidárias, o respeito à diversidade e às diferenças e assegurar a justiça a todos.

Corroborando com essa perspectiva, Frankl (2003) alerta que somente encontraremos o sentido da vida se nos esquecermos e deixarmos de lado nosso modo egoísta de viver e, ainda passarmos a buscar algo que realmente valha a pena, além de nós mesmos.

As concepções franklianas sobre espiritualidade foram adotadas neste estudo por contemplar a temática de forma ampla, naturalizada e centrada na história de vida de cada ser humano. A Enfermagem, de modo particular, poderá se beneficiar desse referencial à medida que é abrangente e evita o reducionismo comum de atrelar essas questões apenas ao aspecto religioso, além de tratar o assunto de forma simples e prática, possibilitando sua aplicabilidade no cuidado com o paciente. Esse referencial será apresentado e desenvolvido mais detalhadamente em um capítulo posterior.

A Enfermagem, desde sua origem, tem enraizado esse paradigma de atuação como prática espiritual através do altruísmo e da solidariedade, muitas vezes confundida com generosidade e gratuidade – estereótipo que causa o panorama profissional comumente visto: baixos salários e condições precarizadas de trabalho.

Como entender esse processo e de que forma a Enfermagem intervém espiritualmente? Discutiremos essas proposições no tópico seguinte.

2.3 O cuidado espiritual na Enfermagem

A prática de enfermagem, compreendida como atividade do cuidado, não é nova. Se tivermos o mesmo conceito de Enfermagem de Horta (1970), “gente que cuida de gente”, então essa prática remonta ao surgimento do homem na terra. Durante toda a sua trajetória histórica, a Enfermagem tem sofrido influência de várias áreas do conhecimento e tem incorporado saberes que possibilitam um cuidado condizente com o que se pensa e se exige em cada época. Contudo, ao nos referirmos à Enfermagem como ciência, compreendemos que esta tem seu surgimento por volta do século XIX, com Florence Nightingale, conhecida como a “Mãe da Enfermagem Moderna” e a “Dama da Lâmpada”, alusão ao seu desvelo em cuidar dos doentes, mesmo em altas horas da noite (COLLIÉRE, 1999).

O histórico do exercício de Enfermagem esteve mesmo antes de se consolidar como ciência – e muito depois disso – a cargo de religiosos. A expansão do Cristianismo favoreceu diretamente o interesse dos cristãos em cuidar dos doentes, dos pobres e desamparados, por cumprir com os princípios de amor, compaixão, misericórdia e altruísmo ensinados por Cristo. Nesse contexto, o interesse cristão de ajudar o outro foi o responsável pela criação de ordens religiosas e instituições de acolhimento aos doentes. Entre as atividades prestadas a essas pessoas, estavam os cuidados espirituais, que eram compreendidos como forma de salvar as almas. Tais cuidados estavam direcionados às práticas religiosas, visando à propagação da fé cristã (SÁ, 2009; LAVERDE, 2001).

Florence deixou para a enfermagem um legado: perceber o homem em todas as suas necessidades, sendo estas compreendidas por ela de forma ampla. Florence teve uma formação cristã, tanto familiar como profissional. Antes de criar seu modelo de Enfermagem, esteve junto às diaconisas alemãs para aprender seu ofício. Em seus registros e normas, na sua escola de novas enfermeiras, princípios morais e religiosos rígidos faziam parte do treinamento. O modelo Nightingaliano se espalhou pelo mundo inteiro como excelência em Enfermagem, consolidando e reafirmando também os princípios religiosos (NIGHTINGALE, 1989; WALDOW, 1999).

Esse modelo foi determinante para a divisão do trabalho em Enfermagem, o qual vemos até hoje nas diversas categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiro. A estrutura hierarquizada da Enfermagem assegura o saber à classe de enfermeiros e o fazer ao nível médio e elementar da profissão, contribuindo, assim, para a desqualificação profissional, para as disputas de poder e para o enfraquecimento político da profissão (MELO, 1986).

A Enfermagem em sua História, além da influência religiosa e da divisão do trabalho, estrutura-se como profissão feminina. Isso ocorreu durante muito tempo, trazendo uma idéia deturpada da profissão ligada sempre a submissão e a trabalho de menor importância. A hegemonia médica na saúde – que, por sua vez, é representada predominantemente pela figura masculina – reafirma e imprime a submissão à enfermagem e a classifica como área inferior e dependente. Essa estrutura social nunca foi aceita passivamente. Não devemos nos esquecer de que nesse percurso sempre houve mulheres corajosas, inteligentes e competentes que mostraram uma forma de superação e o rompimento desse modelo, através de competências que as distinguiam e traziam mudanças na visão social da Enfermagem, tornando-as respeitadas e, por isso, encontraram lugar destacado na saúde (PIRES, 2005).

Uma das estratégias de construção científica de Enfermagem para torná-la independente deu-se com o estudo e a categorização de técnicas e de procedimentos de Enfermagem e, posteriormente, com a criação de teorias aplicadas. Para Penha e Silva (2007), o que norteia os cuidados de Enfermagem é seu aparato teórico, pois, através das teorias, é possível descrever e explicar os relacionamentos entre indivíduos, grupos, situações ou eventos e mesmo prever desdobramentos destes fenômenos. Apesar de atribuírem a Florence a elaboração da “Teoria Ambientalista”, foi somente a partir da década de 50 do século passado que surgiram as primeiras teorias de enfermagem.

Essas teorias têm como base o estudo das relações humanas e podem ser agrupadas de duas formas (PENHA; SILVA, 2007; GEORGE, 2003):

1. Interação Recíproca (entendem que essas relações acontecem com seres humanos que possuem partes ou dimensões, mas vistas em seu conjunto). Entre as teóricas que estão nesse grupo citamos: Peplau, Orlando, King, Orem, Levine, Johnson, Roy, Leininger, Neuman e Watson;

2. Ações Simultâneas (o homem é concebido por padrões de comportamento ao invés de partes ou dimensões, e esses padrões envolvem sentimentos e são elaborados a partir das relações). As teóricas desse grupo são: Horta, Rogers, Newman e Parse.

O contexto histórico e social em que se insere a Enfermagem é importante para compreendermos como se dá seu desenvolvimento e chegarmos à espiritualidade e à assistência espiritual de enfermagem.

Segundo Huf (1999), os primeiros estudos sobre espiritualidade como fenômeno para os cuidados de enfermagem datam do surgimento das primeiras teorias. Dentre esses estudos, ela destaca os seguintes: a classificação dos problemas de Enfermagem de Abdellah, de 1959; o modelo de relação interpessoal, de Travelbee, de 1979; o roteiro de necessidades espirituais, de Stoll, de 1979; a assistência espiritual proposta tanto por Daniel, em 1983, quanto por Fish e Shelly, em 1988; a filosofia e a ciência da assistência de Enfermagem, de Watson, de 1985; os 14 componentes da assistência de Enfermagem, de Handerson, de 1989; e o modelo de sistemas de Neuman, de 1989.

Dentre as teorias de enfermagem, poderíamos dividir em três grupos que exploram a espiritualidade (PENHA; SILVA, 2007):

1. As que pouco ou nada falam de espiritualidade (Peplau, Orlando, King e Orem);
2. Aquelas em que o conceito de espiritualidade está contemplado na teoria (Levine, Roy, Leininger, Rogers e Horta);
3. As que trazem o conceito de espiritualidade como foco central da teoria (Neuman, Newman, Parse e Watson).

Percebe-se que, apesar dos diversos estudos sobre espiritualidade e a assistência de enfermagem, a inclusão no processo e na prática de enfermagem ainda é um problema. Isso fica claro na retrospectiva histórica, realizada por Sá e Pereira (2007), da produção sobre espiritualidade, da Revista Brasileira de Enfermagem, primeira publicação científica brasileira de enfermagem, que data de 1947 e permanece até os dias atuais.

Essas autoras constataram que a produção sobre o tema está atrelada à religião principalmente nos anos de 50 e 60 do século passado. Ao longo dos demais, acrescentam-se reflexões de caráter ético, bioético, filosófico e a tentativa de compreender a espiritualidade não somente através da pessoa cuidada, mas

também dos profissionais. Vê-se na produção de enfermagem a necessidade clara de diferenciar os aspectos psicossociais e religiosos isoladamente de espiritualidade.

As tendências identificadas quanto à espiritualidade, por sua vez, mostram-se complexas. Dentre elas, citamos: a espiritualidade como parte do caráter e da moral do indivíduo que escolhe fazer enfermagem; a espiritualidade como filosofia de trabalho do enfermeiro; a espiritualidade como parte do currículo e da formação do enfermeiro; a espiritualidade na assistência ao paciente com necessidades humanas básicas; significado de espiritualidade para quem é cuidado; o significado de espiritualidade para quem cuida; a espiritualidade e a humanização; a espiritualidade, a morte e o morrer; a espiritualidade sob a luz da ética e da bioética (SÁ; PEREIRA, 2007).

É preciso salientar que a Enfermagem, como área da saúde, também sofreu a influência do modelo biomédico em sua prática, posto que supervaloriza as técnicas, o tratamento, as tecnologias duras e muito pode se notar a ênfase dada à doença ao invés da pessoa, alvo do cuidado. Nessa situação, a espiritualidade e as outras necessidades não biológicas assumem lugar secundário ou inexistente (WRIGHT, 2005).

O retorno às questões subjetivas do Homem e, entre elas, a espiritualidade dá-se com o advento do holismo, que compreende o ser humano como um todo, um ser integral. Essa antropologia exige que todas as dimensões humanas sejam contempladas. Seguindo essa tendência, conforme Koenig (2008), a investigação na saúde sobre a espiritualidade teve um salto nas últimas décadas.

Na Enfermagem não foi diferente. Inúmeros estudos vêm sendo desenvolvidos nessa temática. A maior parte deles trata de estudos descritivos e analíticos sobre a espiritualidade nos mais diversos contextos de saúde, das próprias necessidades da Enfermagem e do ensino da espiritualidade nas escolas de Enfermagem (CHAVES et al, 2010; GUSSI, DYTZ, 2008).

Destacamos alguns estudos que fornecem guias importantes para entender e implementar o cuidado espiritual. Mesmo que não sejam tecnologias propriamente ditas, deixam indicativos e mostram também uma variedades de concepção de espiritualidade (MINER-WILLIAMS, 2006; DIJOSEPH, CAVENDESH, 2005; LEDGER, 2005; LEMMER, 2005).

A avaliação e as intervenções de enfermagem devem contemplar todas as necessidades, e é para isso que o processo de Enfermagem cumpre sua função. A análise do estado da pessoa que precisa de cuidado é imprescindível. No caso dos pacientes com câncer, a tríade dor, sofrimento e morte está envolvida. Neste caso, as necessidades espirituais são emergentes, muitas vezes mais que qualquer outra necessidade. Como já comentado em outros tópicos, as necessidades espirituais contemplam aspectos religiosos e existenciais.

Stoll (1979) desenvolveu um roteiro para identificar as necessidades espirituais do paciente. Ela as subdividiu em quatro partes:

1. Crença em Deus ou no sobrenatural;
2. A força e a esperança na vida;
3. Práticas e necessidades religiosas;
4. Relação entre crenças espirituais e processo saúde/doença.

De acordo com Guimarães (1984), o entendimento amplo da espiritualidade e a capacidade precisa de observação do enfermeiro permitem a identificação das necessidades espirituais. A autora aponta que comportamentos apresentados pelos pacientes podem ser indícios de crise espiritual: desespero, falta de propósito na vida, perda de fé, vontade de morrer, falta de sentido para o sofrimento, depressão severa, recusa de se comunicar com entes queridos e desistências em participar das atividades religiosas.

Daniel (1983, p. 165), ainda sobre essa questão, apresenta as possíveis manifestações de necessidades espirituais não satisfeitas. Dentre elas, citamos:

Medo de ficar sozinho, da morte, do sofrimento, de negligência, de deixar os filhos sozinhos, de perder o emprego, de ficar com incapacidade física; choro; solicitações freqüentes; isolamento; solidão; questionamentos; dependência; queixas excessivas; expressão de sentimento de culpa, de falta de motivação e propósito, de rejeição, de desvalorização da auto-estima, da auto imagem; angústia; demonstração de carência afetiva, com solicitação freqüente de companhia; desesperança; agressividade verbal, crítica negativa; depressão; desespero; sintomas somáticos; semblantes tristes; insônia; desconfiança; projeção de sentimentos e pensamentos; atitude de desprezo e displicência.

Poderíamos nos perguntar se tais manifestações não podem ser confundidas com manifestações oriundas também da dimensão psicofísica. Sem dúvida, poderiam, porém vale esclarecer que tanto Guimarães (1984) quanto Daniel (1983) consideraram não somente as necessidades e as manifestações espirituais, mas também as psicoespirituais – provavelmente pela dificuldade de delimitar o que é

exclusivamente espiritual e o que é psicossocial – além de compreender que o homem é o todo e que suas dimensões se interpenetram e repercutem umas nas outras, conforme apregoou Frankl (1990).

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) inclui em sua “Taxonomia III” a espiritualidade em seu “Domínio 10 – Princípio de vida”. Neste domínio “são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, considerados verdadeiros ou dotados de valores intrínsecos” (NANDA, 2009, p. 314).

O Domínio 10 é constituído de classes que oferecem indicativos de diagnósticos (NANDA, 2009). São eles:

- Classe 1 – Valores. Diagnóstico indicado: Disposição para o aumento da esperança.
- Classe 2 – Crenças. Diagnósticos indicados: Disposição para o bem-estar aumentado; Disposição para o aumento da esperança.
- Classe 3 – Congruência entre valor/crenças/ação. Diagnósticos indicados: Angústia espiritual; Risco para a angústia espiritual; Conflito de decisão; Desobediência; Religiosidade prejudicada; Risco para a religiosidade prejudicada; Disposição para a religiosidade aumentada; Sofrimento moral; Disposição para o aumento da tomada de decisão.

Para Heliker (1992), esses diagnósticos compreendem tanto aspectos religiosos como espirituais. A referida autora aponta como características definidoras os questionamentos quanto ao sentido da vida, ao sofrimento, à morte ou ao sistema de crenças. Todas essas características definidoras desses diagnósticos são corroboradas por Hensley (1994).

Chaves et al. (2009), ao validar o diagnóstico “Angústia Espiritual”, compreendem que se trata de prejuízos em três construtos da dimensão espiritual humana: significado e propósito na vida, conexão e transcendência. Esses elementos reconhecidos fundamentam a identificação dos indicadores clínicos do diagnóstico e possibilitam suprir as necessidades espirituais dos pacientes.

Posteriormente, concluem que o título diagnóstico que melhor descreve os comprometimentos na dimensão espiritual é “Espiritualidade Prejudicada”. Essa proposta amplia as possibilidades de descrever as respostas da pessoa que apresenta dificuldades nessa dimensão e ainda concebe a espiritualidade em toda sua complexidade e em seu amplo espectro (CHAVES et al, 2010).

As principais metas de Enfermagem frente a esses diagnósticos são: continuar as práticas religiosas não prejudiciais à saúde; expressar sentimentos diminuídos de culpa e ansiedade; expressar satisfação com as condições espirituais; partilhar o sofrimento aberta e construtivamente com outros; lembrar e rever a vida positivamente; considerar valores e significado da vida; expressar sentimentos de otimismo sobre o presente; expressar sentimentos de relação positiva com as pessoas próximas; expressar confiança no resultado desejado; expressar confiança em si mesmo e nos outros; verbalizar metas realistas; aumentar o nível de energia; expressar expectativas positivas sobre o futuro e demonstrar iniciativa, autodireção e autonomia na tomada de decisão e nas atividades (JOHNSON et al, 2009).

Tratando agora das intervenções de enfermagem que contemplam as necessidades espirituais, segundo Dachterman (2008, p. 727-8), há dois tipos de intervenções: as sugeridas e as optativas. Dentre as sugeridas destacam-se:

“aconselhamento; apoio à tomada de decisão; apoio espiritual; assistência ao morrer; esclarecimento de valores; facilitar o crescimento espiritual; facilitar o processo de perdão; facilitar o trabalho relacionado à culpa; participar em grupo de apoio; promover esperança; intervir nas crises; melhorar o enfrentamento; orientar antecipadamente; capacidade de mostrar-se presente e disponível; promover a capacidade de resiliência; oferecer suporte emocional”.

As intervenções optativas, por sua vez, são:

“apoiar nos cuidados; estimular a participação na arteterapia, musicoterapia, terapia com animais, terapia ocupacional, terapia de reminiscências; aumentar a segurança; aumentar a socialização; dizer a verdade; controlar o humor; controlar a distração; escutar ativamente; prevenir dependência religiosa; aliviar a ansiedade; oferecer suporte à família; proteger contra abuso religioso; estimular participação em rituais religiosos” (DACHTERMAN, 2008. p. 728).

A relação enfermeiro-paciente é imprescindível para conseguir os objetivos propostos e para implementar essas intervenções citadas, porque vem ao encontro dos objetivos dessa relação, que são: favorecer o encontro do sentido da vida, favorecer a esperança, apoiar espiritualmente, favorecer a expressão de sentimentos e clarificar valores. Sem essa relação, o cuidado de Enfermagem ficará prejudicado (FISH, SHELLY, 1988; TRAVELBEE, 1979).

Nessa relação, é preciso estar atento a inúmeros fatores, como: tipo de problema enfrentado pela pessoa cuidada; disponibilidade para o acompanhamento; enfrentamento de questões existenciais envolvidas; formação e habilidades para o cuidado espiritual. Todos esses fatores precisam ser levados em consideração se quisermos cuidar das pessoas e ajudá-las a suprir suas necessidades.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

“Eu quero mergulhar nos rios do espírito, entrar na dimensão do sobrenatural. E onde esses rios me levarem eu irei e cada vez mais fundo eu mergulharei.”

(Ludmila Feber)

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Os referenciais teóricos precisam responder e corresponder aos conteúdos que emergem do processo de pesquisa. Esses referenciais são escolhidos não aprioristicamente, mas quando os resultados de uma pesquisa se mostram. Porém, quando se tenciona compreender ou formular pressupostos para essa compreensão, é necessário um referencial teórico que ofereça suporte, já a priori.

Os pressupostos elaborados nesta tese dizem respeito diretamente aos referenciais escolhidos. Estes, por sua vez, correspondem à teoria que embasa o estudo e sua forma de realização, ou seja, seu método. O referencial teórico-metodológico escolhido está compreendido em duas teorias distintas, mas internamente complementares: primeiro, a “Análise Existencial”, que traz como contribuição o desvelar da espiritualidade, através das concepções de liberdade, de responsabilidade e de sentido da vida (FRANKL, 1995); a segunda, a abordagem teórica “Relação Pessoa a Pessoa”, a qual propõe o relacionamento enfermeiro/paciente como forma autêntica de cuidado e revela nele também um encontro espiritual (TRAVELBEE, 1979).

3.1 “Análise Existencial”, de Viktor Emil Frankl

Para se falar de “Análise Existencial”, é necessário, antes de mais nada, conhecer um dos principais expoentes dessa abordagem. Há dentro do existencialismo europeu muitos pensadores, mas a “Análise Existencial” desenvolvida por Viktor Emil Frankl (1905-1997) destaca-se por fazer relação à existência aos aspectos religiosos, pedagógicos, psicológicos, psiquiátricos e sociais. Dentre suas principais influências, destacam-se a fenomenologia axiológica, de Max Scheler, a análise fenomenológica, de Martin Heidegger, e a análise ontológica, de Nikolai Hartmann (XAUSA, 1986).

Frankl nasceu em Viena, Áustria, no dia 26 de março de 1905. É filho de pais de origem judaica e sua vida adulta foi marcada por um sofrimento que contrasta com a paz e a harmonia familiar em que vivia até então. Durante quase três anos, entre 1942 e 1945, enfrentou o horror dos campos de concentração nazista, tendo sido prisioneiro dos nazistas em quatro campos: *Theresienstadt*, *Türkheim*,

Kaufering e Auschwitz. Nos campos de concentração, foi identificado com o número 119.104. Perdeu sua esposa grávida, seus pais e um de seus irmãos. De sua pequena família, somente sobreviveram ele mesmo e sua irmã, que conseguiu fugir para a Austrália (BARROS; RODRIGUES, 2009).

Frankl referia-se a esse período como o *experimentum crucis* para suas idéias psicoterapêuticas. Referindo-se a esse período, Frankl utiliza uma frase de Nietzsche, que se torna um lema de sua abordagem: “quem tem *para que* viver suporta qualquer *coisa*”. Sua experiência nos campos de concentração é narrada e analisada em seu mais célebre livro “Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração” (FRANKL, 1991).

Partindo de suas concepções anteriores à Segunda Grande Guerra confirmadas em seu *experimentum crucis* –, o desenvolvimento de sua “Análise Existencial” é compreendido a partir da direção para a existência, sobre a existência e se debruça sobre a essência da existência. Como forma de ser-aí, está orientada para uma investigação antropológica, tendo como foco o sentido da vida (FIZZOTTI, 1977).

A análise existencial vai além do esclarecimento do ser, ousando avançar para o esclarecimento do sentido, deslocando-se das realidades do ser na direção de possibilidades de sentido. A análise existencial frankliana não se detém nas estruturas biológicas e psicológicas, mas procura captar o essencial do que é humano, tornando-o fecundo para a terapia, orientando-se pelo espiritual.

A “Análise Existencial” faz referência direta a um modo de ver o ser humano que está no mundo, dentro de um contexto histórico social concreto, constituindo-se um fundamento intelectual imprescindível (BONO, 1982).

De acordo com a “Análise Existencial”, o homem tem sua essência na dimensão noética ou espiritual, mas é também uma unidade e uma totalidade físico-psíquico-espiritual. Tem como objetivo facilitar o processo de descoberta do homem, de que sua essência existencial é traduzida pela liberdade e pela responsabilidade. Quando Frankl afirma que o homem é um ser facultativo, livre para a escolha, para o decidir, para descobrir o seu sentido na vida, ele está revelando o que se pode chamar de força obstinadora do espírito (LUKAS, 1989).

A “Análise Existencial” oferece meios para a compreensão tanto do homem que foi lançado ao mundo quanto do conflito de enfrentamento de certas preocupações que fazem parte da existência do ser. Observa-se que, na “Análise

Existencial”, o ser torna-se consciente de si mesmo. Este, por sua vez, torna-se livre para responder à vida, através de atos, como ser responsável, o que possibilita rever nesses aspectos – a liberdade e a responsabilidade – as realidades existenciais.

Essas realidades existenciais é que tornam o homem um ser diferente de todos os demais seres, a saber: a liberdade, a responsabilidade e a espiritualidade. Essas realidades constituem e caracterizam o homem de forma a destacá-lo como algo específico e exclusivo. Os outros seres vivos podem comungar da mesma dimensão psicofísica como o homem, mas somente este último tem a dimensão espiritual.

A liberdade humana que caracteriza o homem é existencial e sempre corresponderá a sua autonomia, frente ao condicionamento psicofísico. Em outras palavras, essa liberdade é a capacidade do ser humano de transcender às necessidades e de se posicionar frente a tudo o que o confronta. Nisso a liberdade tem o poder de transformar a possibilidade em ação e não deve ser identificada com a onipotência, pois essa capacidade do homem de ser livre está presa à de ser também responsável.

Compreender a liberdade humana como potencialidade de ser facultativo, não fático, é vislumbrar uma dimensão acima das demais que dota o homem de decisão e de posição acima das coisas e acima de si mesmo. Como explica Frankl (1995, p. 96), “a existência ‘está dentro de’ sua respectiva facticidade, mas não se consome na própria facticidade. É que ela ‘ex-siste’, ou seja, sempre está acima de sua própria facticidade”. Uma representação interessante disso é proposta por Frankl (1995, p. 64):

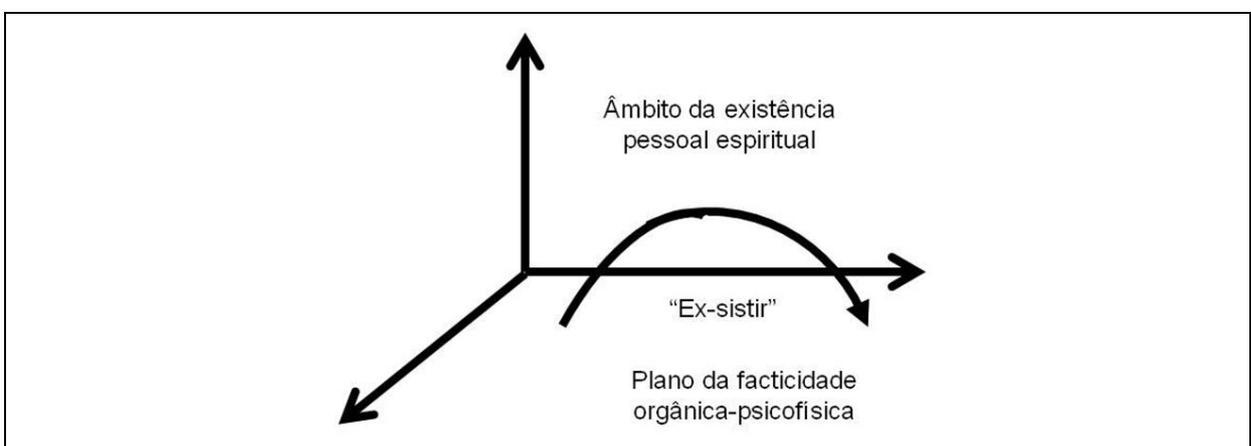


Figura 1. Autotranscendência

Tendo em vista que o sentido de ser livre é sempre um “ser livre para” e nunca “um ser livre de”, configura-se, portanto, a responsabilidade humana como realidade existencial e, por sua vez, transcendente, posto que a coloca acima de todos os condicionamentos humanos, permitindo ao homem se posicionar e ser livre. Perante isso, o homem é responsável e livre para realizar o sentido das coisas e cumprir os valores, sendo impelido constantemente pela vida a responder com responsabilidade sempre no aqui e no agora.

A última realidade existencial é a espiritualidade que se configura como dimensão do ser humano que contempla a liberdade e a responsabilidade. Essa forma de conceber a espiritualidade está diretamente relacionada à concepção que Frankl (1973) tinha sobre o homem e tem como base os princípios da antropologia e da ontologia dimensional.

Para Frankl (1973), o homem é um todo que se configura pela sua unidade antropológica e é também tridimensional pelas suas diferenças ontológicas. Como já comentado anteriormente, essa visão de homem fundamenta-se nas concepções de Scheler e Hartmann, que descrevem de forma concêntrica e hierárquica, respectivamente, as dimensões física, psíquica e espiritual, tendo destaque a dimensão espiritual que ora é vista como central, nuclear, ora como maior, superior.

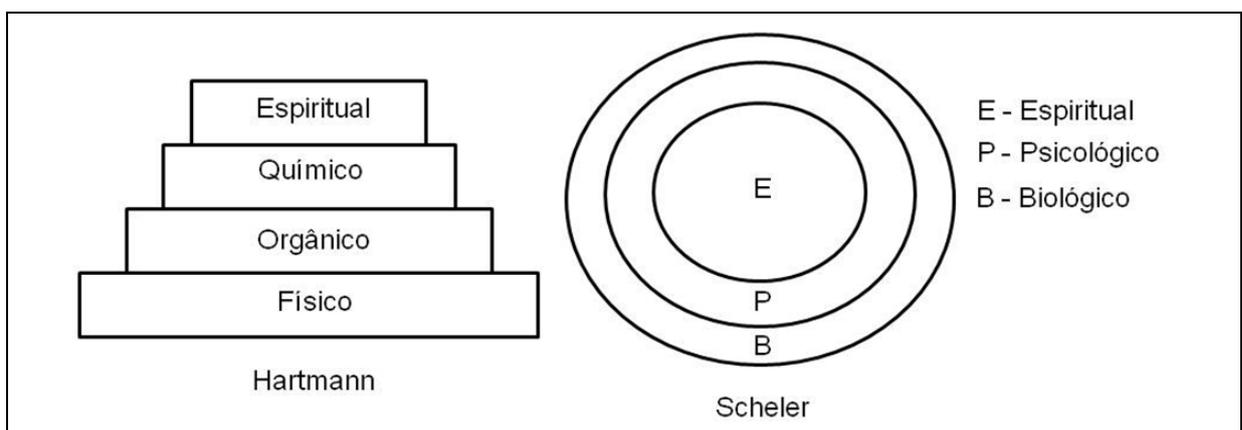


Figura 2. Ontologia dimensional
Fonte: Frankl (1995, p. 67).

Seguindo as formulações de Frankl (1973), a dimensão física contempla a estrutura biológica, orgânica em seus processos fisiológicos e até patológicos. A dimensão psíquica contempla impulsos, emoções, instintos, sensações, comportamento e costumes. Como já bem explicitado, a dimensão espiritual é a dimensão da liberdade e da responsabilidade, do interesse prático e artístico, do

senso crítico e ético, da intencionalidade, da religiosidade e da axiologia. A espiritualidade é o poder que se tem de ser o que desejar ser, independente das condições impostas pelas dimensões anteriores.

Perscrutando a filogênese e a ontogênese do espírito humano, Frankl (1978) desenvolve sua teoria compreendendo que a existência acontece para além do espaço e do tempo, mas é durante a concepção humana que o espírito surge. Este, por sua vez, não é transmitido dos pais para os filhos e nem se desenvolve com o tempo e a influência externa. Ele já é, desde sua concepção, envolto da estrutura psicofísica e aguarda somente o momento em que se manifestará. Cada ser humano, portanto, é um *novum* absoluto, indivisível e inadicionável.

Para Frankl (1978), as dimensões, apesar de existirem ontologicamente independentes, formam uma “totalidade na unidade”, sendo que esse formato imprime na pessoa humana uma perfeita trindade, unitária e tridimensional. No entanto, seria artificial e reducionista encarar o homem somente dentro de uma perspectiva, seja ela física ou psíquica. De acordo com esse referencial, o homem é espiritual e tem uma estrutura psicofísica. Se nos fixarmos em determinada dimensão que não a espiritual, estaríamos apenas observando parte de um todo impossível de dividir.

Frankl (1995) estabelece duas leis para demonstrar a dimensionalidade ontológica e a unidade antropológica, e o faz através de representações com analogias geométricas:

1ª Lei: Se projetarmos um objeto em diversas dimensões, não correspondendo ao seu todo, é possível ter figuras contraditórias (FRANKL 1995, p.69).

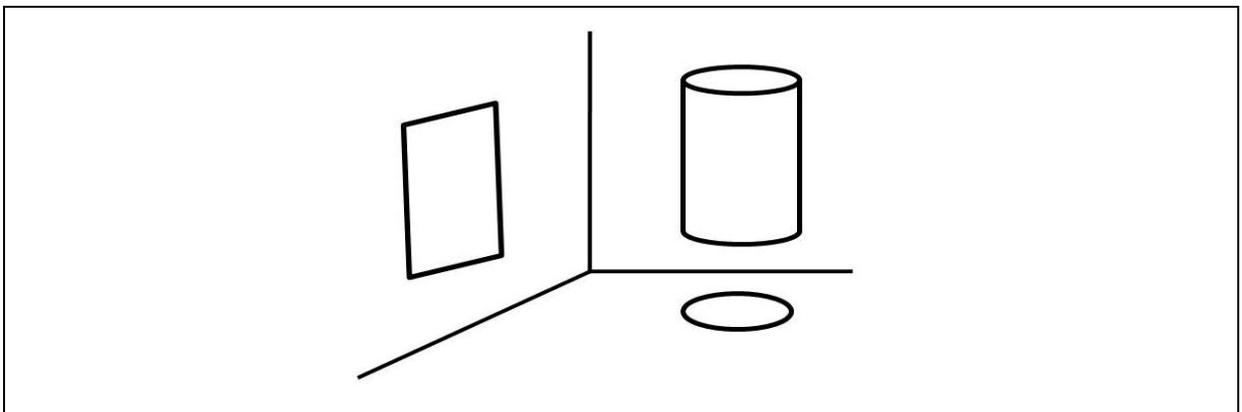


Figura 3. 1ª Lei de Frankl

Se tomarmos essa lei e a aplicarmos à condição humana, o homem visto em suas dimensões psico-físicas é percebido dentro de uma visão dimensional, relacionada apenas a essa condição psicofísica, perdendo a totalidade e a grandeza da figura espiritual que é o homem tridimensional.

2ª Lei: Se projetarmos vários objetos diferentes em uma só dimensão, é possível ter figuras idênticas (FRANKL, 1995, p. 69).

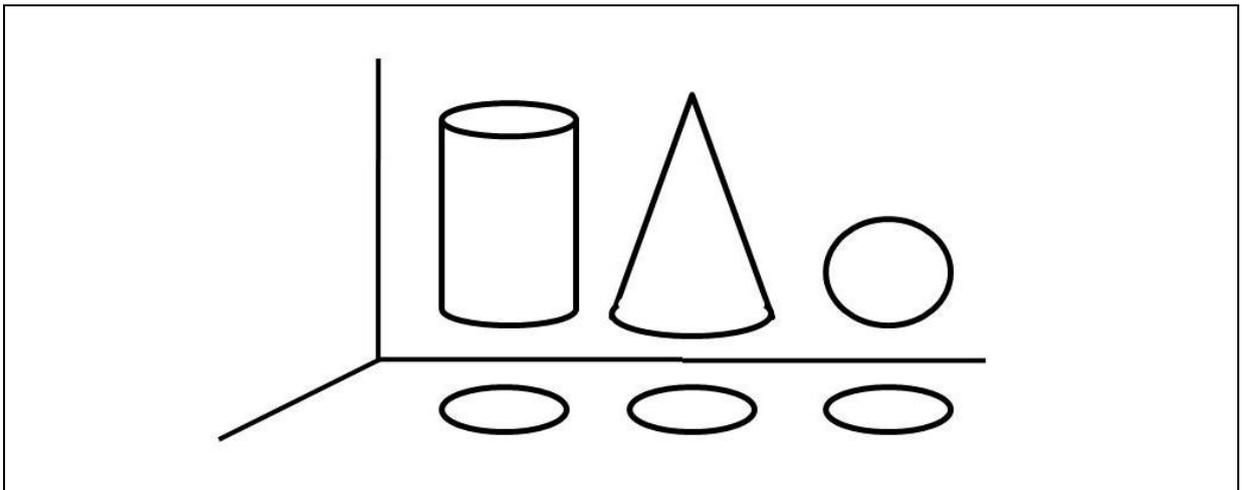


Figura 4. 2ª Lei de Frankl

Tomando essa segunda lei e aplicando-a ao homem, fica evidente que a unidimensionalidade destrói a totalidade do ser humano e iguala todos os seres sem os diferenciar entre si, posto que coloca o homem em pé de igualdade com os vegetais e animais, desprezando a dimensão espiritual e a unidade tridimensional.

Tanto a primeira como a segunda lei mostram que o campo psicofísico é uma projeção parcial de um todo mais complexo, onde a dimensão espiritual é a legitimamente existencial. Frankl (1995, p. 72-3) esclarece a tridimensionalidade humana e a superioridade da dimensão espiritual. Contudo, não nega as demais dimensões e ressalta sua unidade antropológica, como vemos em suas palavras:

[...] o homem – por mais que seja um ser espiritual, um ser espiritual em sua essência – é uma unidade e totalidade corporal-psíquico-espiritual. Além disso, é válido que dentro do espírito, de um ponto de vista noológico, o racional e o intelectual nem sequer representam o que é específico no homem; mais propriamente, o emocional e o existencial disputam esse escalão. [...] a análise existencial mantém-se imune contra estes três perigos que ameaçam toda antropologia que se dispõe a inserir o espiritual em seu esquema de uma concepção do homem: contra o espiritualismo, o racionalismo e o intelectualismo.

Ainda dentro dessa concepção de espiritualidade, Frankl (1992) propõe um componente inconsciente da dimensão espiritual. Para ele, o inconsciente, além de elementos instintivos, possui também elementos espirituais, o que amplia o conteúdo do inconsciente, uma vez que temos tanto um inconsciente instintivo como espiritual.

Levando em consideração o que Frankl propõe em sua construção de inconsciente espiritual, o homem se mostra como realidade de execução, não sendo passível de reflexão em sua essência. A existência então é irreflexível, não analisável. Vale salientar que, quando Frankl usa a expressão “Análise Existencial”, não se refere à análise da existência, mas a uma análise dirigida à existência. A espiritualidade, por sua vez, pode ser tanto consciente como inconsciente, porém em sua essência, é obrigatoriamente inconsciente e nisto se dá a sua importância, por ser o espiritual inconsciente essencialmente (FRANKL, 1992).

Tanto a existência como a consciência humana e, ainda, a responsabilidade são estados fenomenológicos primários, em outras palavras, não passíveis de análise. Seu esclarecimento não pode ocorrer de uma redução ôntica, mas da transcendência para o ontológico. Na dimensão ontológica, esses elementos existenciais são básicos, contidos na própria existência. Mesmo que inconsciente, sempre esteve nela contida.

No tocante à responsabilidade, esta se constitui o alicerce essencial da existência e está ligada à liberdade humana de “ser livre para” e, de certa forma, somente pode ser vivida quando descobrir um sentido de vida. Para Frankl (1978, p. 56), a busca pelo sentido da vida é o que há de mais humano no homem, como vemos em seu comentário:

A questão do sentido da vida não pode ser, nunca, de per si, expressão do que porventura o homem tenha de doentio; é antes e sem mais, para falarmos com propriedade, expressão do ser humano – expressão precisamente do que de mais humano há no homem.

O sentido da vida é uma característica notadamente humana, sendo totalmente originária da dimensão espiritual. Isso corresponde também à inconsciência espiritual, ou seja, o sentido aí pode ser inconfessado e mesmo inexprimível. Porém, o ser humano é um ser histórico, por isso o sentido da vida encontra-se na história viva desse ser, não sendo possível, portanto, renunciar ao legado do passado vivido, nem à orientação que o futuro proporciona, porque

encontra no presente a possibilidade de realizar algo, integrado ao que foi e ao que será.

Frankl (1981) estabelece três pontos que fundam seu pensamento: [1] o ser humano é livre para buscar o sentido da vida e das situações, mesmo em face de seus condicionamentos psicofísicos; [2] a vontade de sentido se constitui força motivacional do Homem; [3] a existência humana é sempre provida de sentido incondicionalmente.

Esses três pontos servem para as conclusões a que Lukas (1989) chega sobre o sentido da vida. Fazendo uma analogia com a bússola, que sempre aponta para o norte e um ponto além dela, para ela, o sentido da vida serve como orientação para o homem, independente da situação vivida e a partir do qual é buscado o próprio sentido que, assim como a bússola que aponta para uma distância longínqua ou próxima, esse mesmo sentido pode ser demasiadamente abstrato ou notadamente concreto.

Frankl (1981) destaca que cada homem deve buscar o sentido de vida como algo que orienta a vida e que já existe incondicionalmente. Portanto, nunca seria possível inventar, criar ou produzir o sentido: ele já existe, cabe a cada pessoa encontrá-lo nas situações e na realidade objetiva individual. A busca do sentido precisa ser esclarecida, porque o homem não o encontrará nele mesmo, apesar de somente poder ser encontrado por ele, de modo intransferível. A busca e o encontro do sentido da vida acontecem sempre fora dele, no mundo.

Como o sentido da vida só pode ser encontrado no mundo, Frankl (1978) traça três estratégias ou caminhos para empreender essa jornada em busca de sentido. Essas três possibilidades são percebidas comumente, sem que para isso o homem necessite estudar ou aprofundar essas questões (que o senso comum já estabelece facilmente, mesmo que ele não consiga elaborá-las ou expressá-las). São elas:

1. Amando alguém ou alguma coisa, através dos valores vivenciais, é possível encontrar sentido. O alvo desses valores pode ser a natureza, a arte, um ideal, a cultura e mais comumente as pessoas;
2. Realizando algo, seja em um trabalho formal ou em uma produção despretensiosa, mas que vise fazer, descobrir, inventar ou mesmo produzir algo. São chamados de valores criativos e estão relacionados à

profissão/ocupação, à vocação, aos *hobbies*, à produção artística e às invenções práticas;

- Mantendo uma postura ou atitude corajosa frente às situações inevitáveis e trágicas da vida, os valores atitudinais ajudam o Homem a enfrentar as piores adversidades e sofrimentos por extrair dessas situações um sentido.

Segundo Huf (1999, p. 89), a trilogia axiológica extraída por Frankl configura-se entre as estratégias de busca de sentido, dos valores, da resposta em atos concretos e, ainda, em que âmbito desse ato o Homem é considerado, conforme vemos no quadro abaixo:

Quadro 3. Trilogia Axiológica

Caminho	Valor	Ato	Homem
Algo a ser realizado ou produzido	Valores Criativos	Dar	<i>Homo faber</i>
Algo a ser vivenciado ou amado	Valores Vivenciais	Receber	<i>Homo amans</i>
Algo a ser enfrentado ou atitude frente ao imutável	Valores Atitudinais	Enfrentar	<i>Homo patiens</i>

Fonte: (HUF, 1999, p. 89)

Agora é preciso esclarecer como esses caminhos podem nos fazer encontrar o sentido. Primeiramente, tratemos dos valores vivenciais. Estes podem ser experienciados quando atribuímos valor ou importância àquilo que podemos admirar. Quanta alegria e prazer sentimos ao observar a natureza em toda a sua exuberância de cores, formas e simetria, quando convivemos com animais graciosos e observamos os mais exóticos e ferozes ou quando temos a oportunidade de vivenciar a arte, o esporte, os avanços tecnológicos e a ciência! Todas essas oportunidades, sem dúvida, trazem um legado vivencial inestimável que incorporamos à nossa própria história como se elas fizessem parte e delas não pudéssemos mais nos desvencilhar.

Conforme Längle (1992), essas experiências vivenciais se transformam em sentido quando são belas de fato e quando a pessoa que as experiencia lhes dá forma ativa, novamente encontrando sua essência.

No entanto, os valores vivenciais mais profundos são proporcionados pelo encontro com outras pessoas. Esses encontros deixam marcas indelévels na vida dos que se encontram. Esse encontro com o outro pode se dar de diversas circunstâncias, mas é no amor por esse outro, na compreensão de sua singularidade, que ele se concretiza.

Para Frankl (1992), o amor não pode ser concebido como forma de obter prazer ou vantagens, mas como expressão que supera a satisfação de uma necessidade, um verdadeiro ato coexistencial. Para ele, quando existe amor, a pessoa liga-se à outra na mesma totalidade físico-psíquico-espiritual que é composta de uma existência para outra existência.

Corroborando com isso, Lukas (1992) afirma que, quem ama de verdade, ama não somente algo que a pessoa tem, ama a própria pessoa, portanto, não o que a pessoa amada tenha, mas, precisamente, o que a pessoa é. Essa autora alerta que as relações nem sempre se dão nessa profundidade e, por isso, nem sempre se chega a um ato coexistencial.

Os valores vivenciais são imprescindíveis porque, por meio deles, experienciamos a beleza da vida e partilhamos nossa força espiritual com outros. Nas duas situações, realizamos um encontro coexistencial e, com sua ajuda, podemos dar sentido à vida, inclusive em outras áreas.

Uma vez compreendidos os valores vivenciais, os que seguem são valores criativos. O homem sente que sua vida tem sentido quando realiza ou produz alguma coisa. Esses valores criativos significam uma troca, e algo precioso é oferecido ao mundo que, por sua vez, enriquece-se e retribui em beleza e desenvolvimento. A evolução humana passa por esses valores tanto vivenciais como criativos quando ocorre a troca de dar e receber, num círculo constante de receber, transformar e dar novamente.

Os valores criativos são concretizados na realização de uma obra ou de um ato. Essa obra ou ato se mostra tão variada quanto as belezas de uma obra de arte, as fascinantes descobertas científicas e tecnológicas, como também os atos de criar os filhos, o exercício profissional, cuidar de casa e acompanhar alguém com alguma necessidade. Esse ato não necessariamente precisa ser grandioso ou espetacular, antes, é todo ato comprometido, sério, dedicado e de total entrega, tornando-se uma obra segura e firme frente à transitoriedade da vida.

Segundo Frankl (2005), a história de vida de uma pessoa pode ser considerada também uma realização criadora. Suas obras cotidianas fazem parte da construção diária dessas próprias realizações de vida. Os valores criativos, portanto, são vividos quando o homem decide, com uma corajosa determinação, contribuir para a manutenção de um ideal, colocar-se à disposição de outro ser, arriscar-se em

prol da verdade e de alguém, cumprindo, assim, seu labor a favor de um bem, bem esse que é restituído a quem o fez.

Para Lukas (1992), o trabalho oferece oportunidades próprias, pois realiza-se de forma única, imprimindo no homem uma nota pessoal, o que faz dele um pedaço de vida vivida. Assim, concebe-se o trabalho como uma transformação do ser-homem substancial no ser-homem funcional, confluindo na eficácia da temporalidade e da corporeidade.

O trabalho constitui uma forma de autotranscendência, visto que está numa busca incessante de superação. Através dele, o homem procura sempre romper os limites do tempo e da matéria, em busca do duradouro, do perfeito e do eterno.

Contudo, o trabalho pode gerar não só sentido, por vezes, gera desvios também. Frankl (2003) analisou dois fenômenos que considerou opostos e extremos. A esses dois fenômenos deu o nome de “neurose do desempregado” e “doença do executivo”. O primeiro sente-se um inútil e, por isso, considera a vida sem sentido. Essa carência de sentido cria um campo fértil para as reações neuróticas e depressivas e impede a pessoa de ter experiências na situação e dela extrair um sentido. O segundo, apesar do nome, não trata de doença apenas de executivos, mas de todos que fazem do trabalho um fim em si mesmo, é a degeneração do trabalho pelo trabalho. É preciso enxergar o verdadeiro sentido do trabalho. Aquele que identificar para que serve o trabalho estará livre do excesso.

Lukas (1992) estabelece que o verdadeiro milagre do trabalho seja: a falta aos que fogem dele; a opressão para quem nele se afoga; asas à pessoa que o realiza, buscando fazer o melhor não somente para si, mas, sobretudo, para o outro.

Por último, os valores atitudinais ganham especial importância, como afirma Frankl (1978; 2005), por serem dimensionalmente superiores aos demais valores anteriormente comentados. Para os profissionais de saúde, isso fica evidente porque constantemente presenciam-se situações de dor, de sofrimento e de morte como em nenhuma outra área. Essas situações-limite obrigam aqueles que as vivenciam a escolher que atitudes irão tomar. Nisso desvela-se o *homo patiens* que, ao se deparar com o sofrimento, enfrenta-o e, em sua resistência, encontra sentido.

Ao revisitar sua experiência no campo de concentração, Frankl (1991, p. 67) chega à seguinte constatação em relação a toda miséria humana (sofrimento, dor e morte): “a liberdade espiritual do ser humano, a qual não se pode tirar, permite-lhe, até o último suspiro, configurar a sua vida de modo que tenha sentido”.

O homem, ao vivenciar o adoecimento, pode, por sua liberdade, elevar-se a partir de sua autranscendência e, acima de toda dor, de todo sofrimento, encontrar uma determinação capaz de enfrentar as situações e nelas descobrir o sentido oculto, nelas, cuja visualização é impedida pelas próprias circunstâncias.

Frankl (2003) relata o caso de um presidiário, que apesar de seu fracasso pessoal, preso e condenado à morte, conseguiu descobrir o sentido da vida e se sentir realizado por isso. Em comparação a esse fato, ele relata também que, em uma pesquisa feita com graduados da Universidade de Harvard, os egressos, após vinte anos, não sabiam para que servia tanto sucesso e muitos encontraram-se desesperados pela falta de sentido em suas vidas.

Para Frankl (2003), o homem move-se no plano horizontal, cujos pólos são o sucesso e o fracasso, essa é a perspectiva do *homo sapiens*, instância que deseja o ser bem sucedido nos negócios, nos estudos e na vida. Contudo, também alerta para outro plano, perpendicular ao primeiro. Ele o chama de perspectiva do *homo patiens*, aquela que, diante do sofrimento inevitável, consegue descobrir o sentido da vida e alcançar a plena realização. Nesse plano, os pólos são a realização e o desespero. Frankl (2003, p. 36) cria um gráfico que representa esses planos e essas perspectivas:

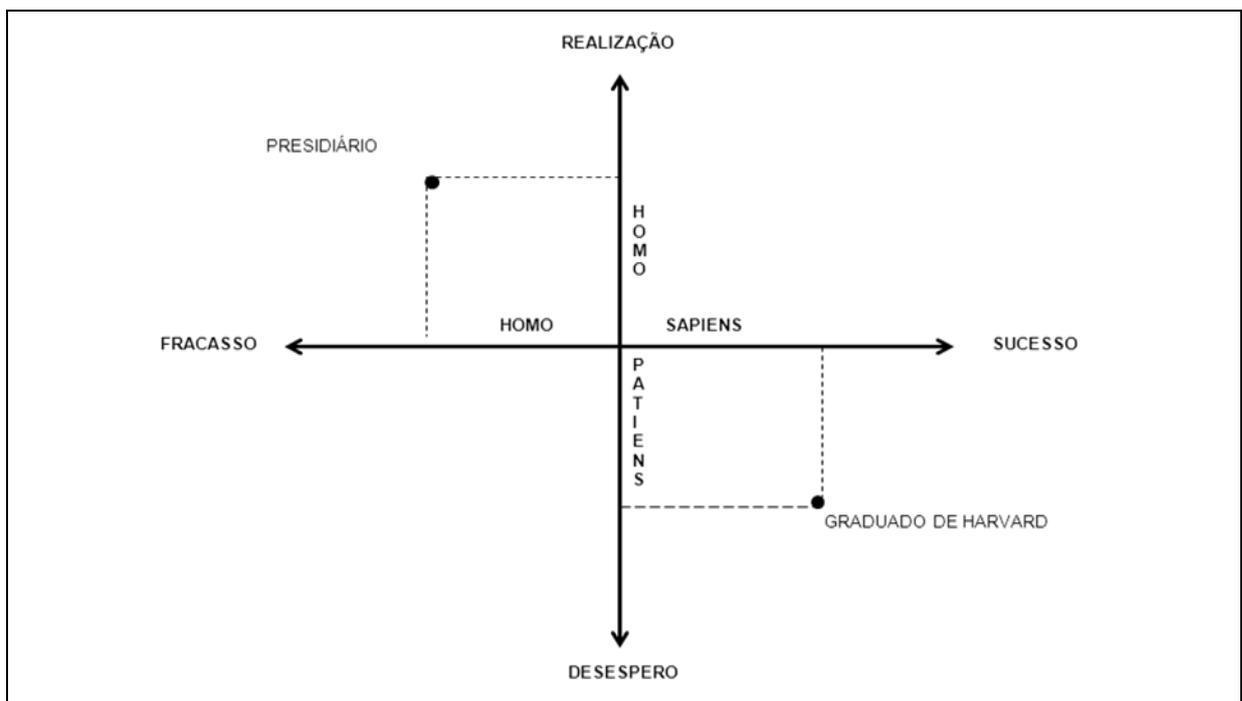


Figura 5. Dimensões do existir humano

Assim, compreendemos que nem sempre as situações favoráveis são sinônimos de realização. Trazendo para nossa realidade, pode muito bem nosso paciente, sofrendo pela doença e na iminência de morte, encontrar o sentido de sua vida, enquanto outras pessoas não doentes podem encontrar-se desesperadas, pela falta de sentido.

Frente a essa questão, o profissional de saúde e, especialmente, o de enfermagem, que é o nosso caso, deve auxiliar a pessoa que sofre, na busca e no encontro do sentido da vida. Mesmo a morte, que se configura como situação irremediável e permeada de sofrimento, pode ter sentido. Do contrário, se fôssemos imortais, poderíamos adiar as nossas ações infinitamente. Elas não teriam importância de serem realizadas hoje ou amanhã, visto que teríamos a eternidade para realizá-las. Com a morte, somos obrigados a aproveitar as possibilidades no tempo restrito ou limitado que temos e não deixar passar as ocasiões irrepetíveis que se mostram a cada momento.

De acordo com Frankl (1973), a finitude e a temporalidade não são apenas essenciais à vida humana. São, sobretudo, constitutivas de sentido, uma vez que o sentido da existência humana tem como base seu caráter irreversível. A plenitude da vida e de seu sentido, portanto, não poderia ser avaliada pela sua duração. Talvez se perguntem alguns: para que viver, realizar e amar se, inevitavelmente, iremos morrer? O argumento é simples, teria algum sentido perpetuar uma coisa que em si não tem sentido? Ora, aquilo que carece de sentido não passaria a tê-lo pelo fato de se tornar eterno. Frankl (1973, p. 113) comenta esse assunto:

A vida nunca pode ser um fim em si, que a sua propagação jamais pode constituir o sentido que lhe é próprio. Muito pelo contrário, a vida só recebe o seu sentido de outras referências não-biológicas, que representam, por isso, um momento transcendente. A vida não se transcende a si mesma em longitude – no sentido da sua própria propagação –, mas sim em altura, – enquanto intende para um sentido.

Para aqueles que creem, via de regra, esse assunto não seria um problema, tendo em vista que a crença é sempre em algo acima deles mesmos, maior que a vida e que a morte. As explicações estariam em um Criador amoroso, que se importa conosco e que nos ensina de muitas maneiras, com situações tanto favoráveis quanto adversas. Os que em nada acreditam teriam a oportunidade de se perguntar sobre o sentido de tudo, da vida, da morte, da saúde, do universo etc. , por não encontrarem na crença em Deus as respostas para seus questionamentos.

Crendo ou não, o que sabemos é parcial, e essa parcialidade obriga o homem a calar frente ao inapreensível ou frente a algo além do apreensível. Frankl (1973) faz uma analogia entre a condição humana e os animais, que não podem entender para além do mundo que os circunda, o mundo dos humanos que os ultrapassa. Da mesma forma, o Homem jamais poderia entender para além do mundo em que está mergulhado, seria um mundo além, portanto inalcançável à sua compreensão, sendo possível seu vislumbre apenas pela fé.

Somente o homem e nenhum outro animal pode, através de sua inteligência, aperceber-se de que deve haver uma sabedoria, decerto de uma magnitude sobre-humana, superior à da sua. Não deveria o Homem admitir a possibilidade de existir algo além do mundo humano, inacessível à condição humana, um suprassentido capaz de dar sentido aos seus sofrimentos mais atrozes? Frankl (1973, p. 64) admite essa possibilidade através da fé num suprassentido, para além da capacidade humana de entender as coisas, como vemos em suas palavras:

É de si evidente que a fé num supra-sentido – quer entendamos como conceito limite quer, em termos religiosos, como providência – tem uma imensa importância psicoterápica e psico-higiênica. Esta fé é criadora. Como fé pura que brota duma força interior, torna o homem mais forte. Para um crente assim, não há, em última instância, nada sem sentido. Nada se lhe pode afigurar inútil, não fica por assentar no livro fato algum.

O suprassentido tem seu caráter fundado no sentido da vida e da transitoriedade da existência. É manifesto pelo Homem na dignidade, no enfrentamento e na confrontação de si mesmo ao ser acometido por uma doença grave. Reconhece que deve haver um sentido para as situações vivenciadas seja de dor, de sofrimento ou morte, mesmo que de todo não possa compreendê-las.

Seja em que circunstância o homem for encontrado, não seria de todo satisfatório apenas ajudá-lo na busca de vivenciar os valores descritos: de vivência, de criação e de atitude. É imprescindível que ele compreenda a vida no seu caráter de missão, que essa missão não muda somente de pessoa para pessoa, como caráter único, muda a cada momento, em decorrência do caráter irrepitível de cada situação. Isso encerra uma vocação para realizar as suas potencialidades que jamais se repetirão.

É inegável que o referencial frankliano apresentado até aqui lança luz ao objetivo desta tese, que é produzir um modelo de cuidado espiritual para pacientes com câncer em estado avançado. O tópico que segue trata de outro referencial, a

“Relação Pessoa a Pessoa”, desta vez, mais metodológico que teórico, por descrever como o enfermeiro deve cuidar e por utilizar a teoria frankliana como referencial.

3.2 “Relação Pessoa a Pessoa”, de Joyce Travelbee

Inegavelmente influenciada por Viktor Frankl, Joyce Travelbee propõe uma teoria de Enfermagem que tenta responder às demandas especialmente da área psiquiátrica. Assim como foi feito na “Análise Existencial”, é preciso conhecer um pouco da história de vida dessa autora, para, em seguida, conhecermos melhor sua proposta teórica.

Joyce Travelbee (1926-1973), enfermeira psiquiátrica, educadora destacada, contribuiu para a ciência de Enfermagem de forma importante, apesar de sua curta vida. Ao propor um cuidado onde o relacionamento interpessoal é o foco central de sua teoria, foi influenciada por Jean Orlando, sua orientadora no mestrado, e tem como base a “Análise Existencial” e sua aplicação clínica à Logoterapia. Obteve o título de Enfermeira em 1946, na *University of New Orleans* (USA) e, em 1959, recebeu o título de mestre em Enfermagem pela *Louisiana State University* (USA). Em 1973, começou o programa de doutorado na Flórida, mas não conseguiu terminá-lo, pois morreu prematuramente nesse mesmo ano. Travelbee, em 1966, publicou seu primeiro livro *Interpersonal Aspects of Nursing*, reeditado em 1971, em que discute o relacionamento interpessoal. Em 1969, publicou seu segundo livro, que, em espanhol, recebeu o nome de *Intervención en Enfermería Psiquiátrica* (WAIDMAN; ELSÉN; MARCON, 2006).

Muitos termos são utilizados na literatura científica em Enfermagem para designar aquilo que Travelbee chama de “Relação Pessoa a Pessoa”, tais como: “Relação de Ajuda”, “Relação Terapêutica”, “Relacionamento Terapêutico” e, ainda, “Relação Interpessoal em Enfermagem”. A escolha do termo “Relação de Ajuda” nesta tese justifica-se por contemplar o que Travelbee considerava como relação entre duas pessoas que, deixando seus papéis estereotipados de enfermeiro e paciente, passam a crescer e a descobrir suas potencialidades mutuamente. Esse termo dá a entender que a relação pessoa a pessoa tem como propósito a ajuda. Travelbee (1979, p.125) define a “Relação de Ajuda” dessa forma:

É uma meta a alcançar, é um resultado de uma serie de interações planejadas com o propósito entre enfermeiro e paciente. [...] uma experiência de aprendizado para ambos os participantes; uma experiência ou uma serie de experiências durante as quais ambos participantes trocam e desenvolvem suas capacidades interpessoais [...] cada um é afetado e afeta, por sua vez, os pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro. Cada um é afetado por o que se diz ou por o que deixa dizer durante o encontro. A interação enfermeiro-paciente ocorre durante um período particular da vida de ambos e por tanto, não pode ser repetida ou imitada. [...] cada encontro é único e original.

Essa relação se diferencia de outras, por ter metas e objetivos a serem alcançados, sendo que uma das tarefas do enfermeiro é direcionar a relação para ajudar a pessoa a enfrentar e resolver, seus problemas de forma independente, dando, assim, um cunho terapêutico.

A interação enfermeiro-paciente é um encontro ímpar entre duas pessoas que vivem um momento único e irrepitível. O enfermeiro deve utilizar seus conhecimentos científicos e pessoais para ajudar o paciente a encontrar o significado da vida e, especialmente, de seu padecimento.

Os pressupostos teóricos da “Relação de Ajuda” apresentados por Travelbee (1979) oferecem a oportunidade de entender melhor sua teoria e o desenvolvimento dessa relação. São eles: [1] A finalidade do cuidado profissional é conseguida através do estabelecimento do relacionamento pessoa-a-pessoa; [2] Somos seres humanos únicos, mas similares em nossa natureza; [3] A maioria das pessoas experimentará, pelo menos uma vez na vida, em uma ou outra situação, a alegria, a felicidade e o amor; [4] Todos os seres humanos vivenciarão a doença e a dor e morrerão um dia; [5] A qualidade e a quantidade do cuidado oferecido ao paciente são influenciadas pelos envolvidos; [6] Os termos paciente e enfermeiro são estereótipos, úteis somente para facilitar a comunicação; [7] Para estabelecer o relacionamento terapêutico é necessário ir além dos papéis de enfermeiro e paciente; [8] A doença e o sofrer são experiências espirituais, físicas e emocionais; [9] O enfermeiro estabelece um relacionamento através da comunicação; [10] O enfermeiro pode ajudar as pessoas a encontrarem um significado na sua doença; [11]. A bagagem filosófica do enfermeiro ajuda o doente e a sua família a encontrar um significado na experiência de doença; [12] É de responsabilidade do enfermeiro ajudar o doente e sua família a encontrar significado nas vivências.

Seguindo a mesma linha de raciocínio de Frankl (2005), Travelbee (1979) estabeleceu que toda ajuda terapêutica deveria se basear em ajudar a pessoa a ser

capaz de amar e de ser amado, trabalhar e realizar algo e enfrentar o sofrimento. Ao tratar da saúde mental das pessoas, Travelbee (1979) descreve que a capacidade de amar, de enfrentar as dificuldades e de encontrar um propósito na vida deve ser um ideal para a pessoa e um objetivo a ser perseguido pelo enfermeiro em benefício da pessoa cuidada e em seu próprio benefício.

Segundo Rivera (2003), as contribuições mais destacadas da teoria de Travelbee estão em suas reflexões sobre as suposições e os mitos que tem a Enfermagem na atualidade. Essas suposições são três: envolvimento emocional, aceitação incondicional não julgadora e objetividade.

Para Trevelbee (1979), o envolvimento emocional é o movimento de autotranscender e interessar-se por outra pessoa, sem que isso impeça a ajuda. Resulta de um compromisso maduro, e o desenvolvimento depende do autoconhecimento e da forma de controlar a expressão de sentimentos, devendo, por esse motivo, ocorrer de forma espontânea. A autora alerta ainda para o receio ou a recusa do envolvimento emocional por parte do enfermeiro, que muitas vezes resulta em descaso e desumanização permanentes.

A aceitação incondicional não julgadora constitui para Travelbee (1979) um desafio, porque põe em xeque os valores do enfermeiro em confronto com valores e atitudes dos seus pacientes. Muitas vezes esse confronto é permeado de raiva e de preconceitos. O enfermeiro precisa se vigiar para não incorrer na tentação de julgar a atitude do paciente pelos seus pressupostos morais, religiosos e culturais, antes deve ter uma postura de aceitação – que também não pode ser confundida com incentivo ou aprovação – e, com isso, ajudar o paciente a encontrar as respostas para seus problemas e os significados expressos em cada situação.

A última reflexão é sobre a objetividade, aspecto complementar à aceitação incondicional na relação, porque permite ao enfermeiro focar sua atenção naquilo que realmente se mostra, livre de preconceitos e julgamentos. Travelbee (1979) salienta que a objetividade é algo positivo quando diferenciamos aquilo que é ouvido daquilo que é interpretado. Alerta também que a objetividade não implica em ser emocionalmente insensível e, ainda, que essa postura em nome da objetividade compromete fortemente o encontro de duas pessoas que querem desenvolver a relação de ajuda.

A “Relação de Ajuda” não deve ser confundida com qualquer relação que se estabelece entre duas pessoas, mesmo entre enfermeiro e paciente. Essa relação

apresenta suas características próprias. Travelbee (1979) distingue-as como sendo específicas. São elas:

1. É uma relação planejada, intencional e consciente entre uma pessoa que precisa de ajuda e outra que está habilitada para ajudar. A relação tem início quando o paciente solicita ajuda ou quando o enfermeiro, percebendo a necessidade, oferece-se para ajudar;
2. É um processo que se desenvolve dinamicamente em etapas ou fases à medida que a relação se estabelece e transcorre. Cada fase tem suas especificidades e objetivos a serem alcançados, a saber:
 - Fase de Pré-Interação: A única fase onde o paciente é excluído como participante ativo e igual. Tem início quando o enfermeiro escolhe ou seleciona alguém para desenvolver a relação de ajuda. Essa fase contempla tudo o que esse profissional pensa, sente ou faz antes do primeiro encontro. O enfermeiro traça os primeiros objetivos correspondentes às primeiras interações e pode também recolher todas as informações necessárias sobre o paciente com quem irá estabelecer a relação.
 - Fase Introdutória ou de Orientação: A fase começa quando duas pessoas estranhas se encontram pela primeira vez e se conhecem. É nessa etapa que o contrato entre enfermeiro e paciente é firmado, com o objetivo de trabalharem juntos para ajudar o paciente em suas dificuldades. Também é possível que criem suposições e façam inferências mútuas. Essa fase tem fim quando ambos, enfermeiro e paciente, começam a se perceberem como seres humanos únicos, um em relação ao outro.
 - Fase de Identidades Emergentes ou de Desenvolvimento: Quando os dois envolvidos superam os obstáculos das primeiras interações e passam a se perceber como seres humanos singulares. O enfermeiro deve ser capaz de autotranscender e ajudar esse ser humano que sofre a se ver como ser ativo, rico em experiência, capaz de enfrentar as dificuldades da vida e encontrar o significado do seu padecimento. Essa fase é de fato a que se configura como a “Relação de Ajuda” em si.
 - Fase de Término ou de Finalização: Após a sequência de fases, esta última precisa ser preparada desde as primeiras interações, para que não haja ressentimentos e venha a comprometer toda a “Relação de Ajuda”.

Assim, o término precisa ter uma justificativa, seja pela melhora, seja por processos administrativos (altas, transferências, horários etc.) ou seja ainda por dificuldades de um dos envolvidos em estabelecer a relação. Neste caso, uma postura ética e honesta, sobretudo do enfermeiro, é exigência imprescindível para o término. O término é uma fase também de avaliação mútua, e a dependência e co-dependência precisam ser discutidas.

3. Uma relação que modifica ambos os participantes. Ninguém sai de um encontro da mesma forma que entrou. As experiências, as histórias de vida, mesmo os erros, são compartilhados. A riqueza do encontro e da relação se dá por essa troca.
4. O conteúdo do diálogo é permeado de histórias do passado e de sonhos e desejos futuros, mas deve estar centrado no aqui e agora, porque é esse o momento de viver e realizar algo.
5. A “Relação de Ajuda” é dinâmica e se desenvolve no encontro interpessoal a todo momento. É preciso que os envolvidos estejam abertos para aprender e partilhar suas experiências que se renovam constantemente. Especialmente ao enfermeiro, é necessário que partilhe sua experiência com outro profissional que trabalhe na área.
6. É imprescindível que o enfermeiro seja competente, em especial na leitura interpessoal, na comunicação e na ética do cuidado. Toda a relação de ajuda ficará comprometida se o enfermeiro não conseguir manejar – por meio do conhecimento, das habilidades e das atitudes – a relação estabelecida, mesmo que o entrosamento entre ambos seja perfeito.
7. É temporal e limitada no tempo. Cada relação de ajuda tem seu começo, desenvolvimento e fim. Também as interações precisam seguir determinadas pelo tempo e pelos objetivos a serem alcançados.

A “Relação de Ajuda”, conforme propõe Travelbee (1979), acontece com a triangulação de dispositivos que o enfermeiro precisa fazer uso. São eles: a comunicação, a escuta e a ação concreta. Ela dedica à comunicação um capítulo inteiro no qual apresenta, demonstra e discute técnicas que auxiliarão o enfermeiro a desenvolver um diálogo efetivo e que envolve diretamente a escuta. A ação concreta a que ela se refere trata das intervenções de enfermagem que exigem conhecimento

científico, habilidades gerais e específicas do profissional onde ele estiver inserido, além de atitudes pessoais e interpessoais.

Travelbee (1979) também enfatiza o registro de todo o processo, desde as interações até a relação de ajuda como um todo. O registro, para a autora, tem papel fundamental no processo, porque permite melhorar a qualidade do cuidado, sistematizá-lo, tornar o processo de cuidar consciente e menos improvisado, aliar teoria e prática, conhecer melhor os padrões de comunicação, analisar os pensamentos e sentimentos envolvidos, concentrar-se no cuidado e na aplicação do conhecimento.

As orientações de Travelbee (1979) a respeito dos registros das interações ganham importância nesse estudo porque sua teoria é utilizada como referencial teórico e metodológico, ou seja, a forma como é desenvolvida e registrada a relação de ajuda faz toda diferença no processo de pesquisar e avaliar essa teoria como um dos pressupostos desta tese. Os registros seguem também etapas como vemos:

1. Transcrição dos dados empíricos: Compreende o registro da comunicação entre enfermeiro e paciente, mas não inclui suposições, opiniões, hipóteses ou sentimentos. Podem ser realizados através de breves registros durante a própria interação e complementados posteriormente, como pode também ser utilizado um instrumento de gravação, desde que permitido pelo paciente.

2. Interpretação dos dados transcritos: É através dessa etapa que se explica o que não está claramente explícito, compreendendo-se os significados prováveis e sua importância para os cuidados de enfermagem. Na interpretação, há níveis que vão desde a leitura literal, até opiniões, suposições e hipóteses.

3. Aplicação de conceitos: Exige certa experiência por parte do enfermeiro, que utiliza princípios e conceitos para explicar e prever determinadas situações. Precisa também de uma dose de humildade para reconhecer que situações mostram-se novas e, por isso, carecem de conceitos prévios. É possível que certos enfermeiros tenham suas próprias fontes, teorias, abordagens e filosofias, que aplicam seus conceitos automaticamente.

4. Análise: Significa que nessa etapa os dados são examinados crítica e detalhadamente em sua natureza e em seu significado. Implica o exame das partes e sua comparação com o todo.

5. Síntese: Essa etapa nada mais é que o processo de reunir todos os dados analisados para formar um todo, com isso permite a avaliação da interação e o planejamento das seguintes.

A “Relação de Ajuda” não é um processo de cuidar simples. Exige do enfermeiro uma série de disposições que vão desde o conhecimento técnico-teórico até habilidades e atitudes interpessoais, mas não há outra maneira mais autêntica de cuidado. As diversas situações vivenciadas pelos pacientes não poderiam ser tocadas e trabalhadas se não houvesse uma inclinação do enfermeiro: [1] em autotranscender; [2] em um movimento empático de ir ao encontro do outro; [3] voltando ao seu fazer, cuidar e assegurar respostas que contemplem as demandas contidas na tridimensionalidade humana. Sem a relação de ajuda, o cuidado é superficial e atinge de forma parcial apenas a dimensão física. Somente em um vínculo profundo, a dimensão especificamente humana é acessada e nisso atinge-se o cuidado espiritual.

Tanto a “Análise Existencial” como a “Relação de Ajuda” se relacionam entre si não somente porque Travelbee (1979) utilizou o referencial frankliano como base de sua teoria, mas destacadamente por sua complementaridade. Ao passo que o segundo referencial oferece sistematicamente possibilidades de cuidado do ser humano, o primeiro orienta o cuidado à medida que define e esclarece quem é esse ser humano e o que ele precisa para viver plenamente e de forma autêntica, foco principal deste mesmo cuidado.

PERCURSO METODOLÓGICO

“Eu não soube onde estava, porém quando ali me vi, sem saber onde estava grandes coisas entendi. Não direi o que senti! Que me quedei não sabendo. Toda ciência transcendendo, transcendendo, transcendendo”

(São João da Cruz)

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A descrição do percurso metodológico é imprescindível para o entendimento do estudo e, sobretudo para os resultados encontrados. A forma como é escrito este estudo varia entre as pessoas verbais: ora na primeira pessoa do singular, quando trata de minhas questões pessoais, ora na primeira pessoa do plural, quando trata de construção coletiva –minha própria e da orientadora – ou mesmo quando quero levar o leitor a seguir junto a construção.

Descrevo, pois, os passos e as elucidações necessárias desse caminho, especificamente: tipo de estudo; local de estudo; sujeitos participantes; etapas do desenvolvimento do estudo; análise dos dados e procedimentos éticos.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo “Pesquisa-Cuidado”. Sabe-se que, por meio da pesquisa qualitativa, a ciência obtém ricos detalhes acerca da experiência dos sujeitos em relação a um determinado fenômeno, resultando em descrições densas ou pesadas, imbricadas numa relação particularmente definida de envolvimento entre pesquisador e sujeitos participantes da pesquisa (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Corroborando com isso, Minayo (2007) afirma que a pesquisa qualitativa busca apreender significado, valores e crenças que os indivíduos possuem sobre determinado fenômeno, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos processos que não podem ser resumidos à operacionalização de variáveis.

Inserida nessa perspectiva, a “Pesquisa-Cuidado” constitui uma resposta ética e humanística na forma de fazer ciência, visto que tem a preocupação de beneficiar os sujeitos pesquisados, por serem, nesse tipo de pesquisa, não somente informantes, mas porque são cuidados enquanto participam da pesquisa.

Esse tipo de pesquisa se contrapõe a qualquer outro método que se restrinja a questionários e a registros de respostas invasivas, muitas vezes desrespeitosas e de interesse apenas do pesquisador. O referido tipo de pesquisa imprime uma obrigatoriedade de relação entre o ser pesquisado e o ser pesquisador, entendendo que o processo de cuidar e pesquisar acontece simultaneamente.

A “Pesquisa-Cuidado” é uma arte e não se restringe a seguir passos sistemáticos estabelecidos em uma determinada metodologia. Assim como o artista, esvaziado de conhecimento prévio, o pesquisador-cuidador deixa fluir a criatividade e, na relação de cuidado, mostra toda a beleza de sentimentos e a riqueza que vem de seu ser, disponibilizando-se a aproximar-se do manifestado pelo paciente e com ele discute alternativas de ação.

Essa proposta de pesquisa surge da discussão e da necessidade de desenvolver abordagens de pesquisa coerente com a natureza da Enfermagem como ciência. Em um evento de pesquisa em Enfermagem ocorrido na Universidade de São Paulo, no ano de 1990, com o tema “Pesquisar para Assistir”, muitas propostas surgiram, e o próprio tema do evento foi questionado, por isso foi sugerido um termo mais adequado, o termo: “Cuidando-Pesquisando-Ensinando”, por tratar-se de um fazer único e simultâneo (NEVES; DIAS; SILVA, 1993).

A partir de então, abordagens surgem dessa discussão como a “Pesquisa Convergente Assistencial”, a “Pesquisa-Cuidado” e a “Sociopoética”. Todos esses tipos de estudo procuram manter a coerência com a metodologia científica – sem imprimir a ela um caráter dominante – e, mais destacadamente, envolver ativamente os sujeitos participantes no processo de pesquisa (NEVES; ZAGONEL, 2006).

Tendo como base a “Pesquisa-Ação”, a “Pesquisa-Cuidado” objetiva interferir na realidade e, assim como a primeira, busca fundamentar-se no empírico; é concebida e realizada com íntima associação de um fazer ou de um resolver/solucionar, em que os sujeitos e pesquisadores estão envolvidos. Diferenciando a “Pesquisa-Cuidado” das demais propostas, e mesmo da sua base/origem, a “Pesquisa-Ação”, ela comporta apenas a atividade de cuidar restritamente como forma de pesquisar. Isso, todavia, não significa dizer que é limitada em possibilidades de sua realização. Este tipo de pesquisa se configura como forma de pesquisa voltada totalmente para a relação pesquisador-cuidador e pesquisado-cuidado (LACERDA et al, 2008).

Segundo Neves e Zagonel (2006), quando se estabelece uma relação de cuidado entre o ser-pesquisador e o ser-pesquisado/cuidado, pesquisa e cuidado fazem parte de um mesmo *continuum*, pois o enfermeiro-pesquisador pode: ouvir e registrar, cuidar e não registrar, cuidar e registrar, educar, gerenciar. Em outras palavras, pesquisa enquanto cuida-ensina-gerencia.

Seus pressupostos são:

1. A pesquisa-cuidado facilita a aplicação do processo de enfermagem em um afinado processo intuitivo e científico de cuidar-pesquisar;
2. A pesquisa-cuidado potencializa o espírito investigativo do enfermeiro;
3. A utilização da pesquisa-cuidado aguça a cientificidade da prática de cuidar, pois alia conhecimentos, articula pressuposições e provê novas abordagens a partir dos resultados da pesquisa;
4. O contato direto do enfermeiro com o paciente no cotidiano de cuidado possibilita a apreensão de informações, as quais subsidiam a pesquisa, fortalecem a teoria e novamente retornam para a prática em um movimento circular contínuo;
5. A pesquisa-cuidado exige o raciocínio clínico do enfermeiro, ou seja, interpretações precisas das respostas humanas;
6. A pesquisa-cuidado fortalece as relações interpessoais, em uma relação compartilhada de busca de significado durante o processo investigativo e cuidador.

Para a realização desse tipo de estudo, o enfermeiro-pesquisador deve ter: habilidade clínica para compreender e responder aos apelos velados e desvelados do ser-pesquisado; saber o que fazer e como fazer na situação em que se apresenta; ver as situações numa perspectiva mais ampla e estar pronto para ver e enfrentar o inesperado (CATAFESTA et al, 2007).

Para Neves e Zagonel (2006), as etapas percorridas para a efetivação da “Pesquisa-Cuidado” são estabelecidas conforme se processa o encontro e devem compreender:

1ª Etapa – Aproximação com o objeto de estudo. É uma etapa importante para subsidiar a escolha do que se pretende pesquisar. Há também o delineamento com detalhes do método de “Pesquisa-Cuidado”. Nesse momento, a revisão de literatura deve servir de apoio para o processo de pesquisa. Nessa etapa, o pesquisador-cuidador deve resgatar o referencial teórico e sua articulação com o marco conceitual.

2ª Etapa – Encontro com o ser pesquisado-cuidado. É a etapa em que é definido e descrito o local onde se realizará o estudo, além de limitar quem são os sujeitos que comporão a amostra, e qual a opção da técnica de coleta de informações – esta, por sua vez, pode ser efetivada de diferentes formas.

3ª Etapa – Estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática. É a etapa em que ocorre a articulação entre prática do cuidado, sua logística e a escolha de referenciais de análise. Esse momento é onde acontece o cuidado em si, sua operacionalização e o cruzamento entre os dados coletados e seu referencial.

4ª Etapa – Afastamento do ser pesquisador-cuidador e do ser pesquisado-cuidado. Essa etapa configura-se no fim da relação estabelecida no processo pesquisa-cuidado e deve ser preparada durante toda a trajetória da pesquisa. É possível que esse momento seja adiado pelas circunstâncias ou mesmo não aconteça, e os encontros continuem se dando mesmo que a pesquisa tenha acabado. Isso deve ocorrer em contextos hospitalares ou no cuidado de pessoas com doenças crônicas até que a alta hospitalar ou o óbito ponha fim à relação.

5ª Etapa – Análise do apreendido. É a etapa final onde todas as informações são analisadas com o olhar no referencial teórico adotado e na técnica de análise escolhida.

A “Pesquisa-Cuidado” faz o enfermeiro-pesquisador ter a preocupação de fazer a inter-relação entre conceitos, metodologia e cuidado. Nesse tipo de pesquisa, vinculam-se, a todo momento, pensamento e ação, pois ao mesmo tempo cuida-se de uma ideia e de uma pessoa.

Com esse estudo, objetivamos produzir um modelo de cuidado espiritual, lançando mão da “Pesquisa-Cuidado”, a qual consideramos servir de suporte para reafirmar o enfoque central do cuidado em função do ser pesquisado.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital público terciário especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. Essa instituição é gerenciada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), atende as pessoas dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país. Tem como missão promover a assistência em saúde à população do Ceará, de forma humanizada e de qualidade, em procedimentos terciários, prioritariamente de alta complexidade, nas áreas cardiovascular e pulmonar. Atua ainda como centro de ensino e pesquisa.

O setor do hospital escolhido para o desenvolvimento do estudo foi uma das unidades de pneumologia, com 28 leitos. Essa unidade foi escolhida por dois

motivos: [1] por ser o lugar onde o pesquisador responsável trabalha como enfermeiro, facilitando o processo de pesquisar e cuidar; [2] por observar um número considerável de pacientes graves por doenças oncológicas e pulmonares crônicas.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos participantes foram pacientes hospitalizados com diagnóstico de câncer, adultos de ambos os sexos, que quiseram participar do estudo e que tinham condições físicas e mentais para interagir e desenvolver a relação enfermeiro-paciente.

O número de participantes foi definido conforme a saturação ou suficiência das informações. Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostra intencional, não probabilística, deve estar de acordo tanto indiretamente com o referencial teórico utilizado e com o recorte do objeto, quanto diretamente, com os objetivos definidos para a pesquisa, o nível de profundidade a ser explorado e a homogeneidade da população estudada. Os mesmos autores apontam que o princípio da saturação e da suficiência explicam-se pela repetição ou redudância dos achados e pela acumulação de resultados que são suficientes para atingirem os objetivos propostos.

Com base nessas afirmações, iniciamos a produção do material empírico com a realização da primeira interação com 02 (dois) pacientes que atendiam aos critérios de inclusão definidos por nós; em seguida incluímos o 3º paciente. Realizados as interações e os procedimentos de análise desses três participantes, resolvemos incluir mais quatro pacientes. Com isto, constatamos que os três primeiros informantes davam subsídios para a construção do modelo de cuidado espiritual pretendido e, ainda, que incluir as interações dos quatro últimos pacientes somente acrescentaria volume ao material de análise, não conteúdo realmente importante, que justificasse sua inclusão, como algo diferente do já analisado.

Os sujeitos da pesquisa e do cuidado foram identificados por Paciente 1 (P1), Paciente 2 (P2) e Paciente 3 (P3) para assegurar o anonimato acordado no contrato da relação e na assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

4.4 Etapas de desenvolvimento do estudo

A produção dos dados se deu por meio das interações pesquisador-paciente, acontecendo da seguinte forma: primeiramente, objetivou-se a identificação de informações sobre a caracterização pessoal, sócio-econômica e de saúde dos pesquisados. Em seguida, as interações tiveram como foco questões relacionadas à existência, ao sentido da vida e à vivência do adoecimento, conforme referencial teórico (APÊNDICE 2).

Deste modo, seguindo as cinco etapas já citadas da “Pesquisa-Cuidado” propostas por Neves e Zagonel (2006), agrupamos o estudo em dois grandes momentos, conforme descrito abaixo:

Primeiro momento – consistiu no desenvolvimento da relação de ajuda enfermeiro/paciente, em todas as suas fases, conforme descrito por Travelbee (1979): Pré-interação (coleta prévia de dados do paciente, análise das expectativas da interação); Orientação (início da interação, realização do pacto de confiança para o desenvolvimento da relação); Identidades Emergentes (desenvolvimento da relação, trocas mútuas e intervenções de enfermagem); Término (finalização, análise e avaliação conjunta enfermeiro/paciente das interações). O processo da relação de ajuda foi documentado por meio da gravação de áudio das sessões, com autorização dos pesquisados, e da ficha de registro das interações. O tempo para o desenvolvimento do início ao término da relação ocorreu de forma espontânea. Esse momento teve por finalidade avaliar a logística do desenvolvimento da relação de ajuda e apreender da relação enfermeiro/paciente aspectos importantes da espiritualidade e dos cuidados de enfermagem.

O número de interações/sessões foi estabelecido de forma espontânea. Em outras palavras, não foi determinado a priori a quantidade de interações. O número final correspondeu da primeira relação desenvolvida até a última antes da alta hospitalar. O tempo médio em cada sessão foi de 30 minutos e havia um intervalo entre as sessões de 5 dias, ficando configurado dessa maneira:

Quadro 4. Número de interações

Pacientes	Número de Interações
P1	05
P2	07
P3	10
Total – 03	Total – 22

Segundo momento: Com base nesses dados produzidos e analisados/confrontados com o referencial teórico, foi elaborado um modelo de cuidado espiritual, cujos pressupostos e conceitos básicos do modelo seguem o referencial teórico e os dados empíricos da pesquisa.

4.5 Análise dos dados

O material empírico produzido foi organizado, conforme preconiza Travelbee (1979), para os registros do processo da relação de ajuda: [1]. Apresentação detalhada da interação, a partir da transcrição das fitas (acréscimo do pesquisador); [2]. Síntese do processo de interação; [3]. Interpretação dos dados coletados na interação (análise e intervenções); [4]. Aplicação de conceitos baseados nos referenciais; [5]. Análise da interação. Foi utilizado um quadro para facilitar a análise, como visto nos apêndices 4, 5 e 6.

Seguindo as recomendações da análise de conteúdo de Bardin (2007), tanto as falas como os comentários das interações formaram o *corpus* da análise. Esse *corpus* mesmo ao ser lido e relido, foi agrupado por unidade de contexto das interações (adaptação para trabalhar com interação ao invés simples entrevistas), fazendo emergir subcategorias que, por sua vez, ao serem relacionadas, deram origem às categorias.

O esquema do plano de análise, apresentado na representação abaixo, demonstra a sequência como foram tratados o material produzido, as interações (diálogo) e os comentários das interações e do processo de pesquisar e cuidar.



Figura 6. Plano de análise de conteúdo

As categorias de análise construídas com base nos discursos dos sujeitos pesquisados têm relação com os pressupostos aqui apresentados, referentes ao referencial teórico-metodológico, o qual embasou o modelo de cuidado. Para uma melhor apreciação destas categorias, construímos o quadro abaixo.

Quadro 5. Apresentação das Categorias de Análise

Categorias do Conteúdo	Subcategorias do Conteúdo
O acesso às dimensões humanas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensão física 2. Dimensão psíquica 3. Dimensão espiritual 4. Condicionamento do homem 5. Unidade na multiplicidade
Valores propiciadores de sentido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valores vivenciais 2. Valores criativos 3. Valores atitudinais
Desenvolvimento da relação de ajuda	<ol style="list-style-type: none"> 1. O contrato da relação de ajuda 2. A relação como forma autêntica de cuidado 3. Técnicas utilizadas 4. O término da relação de ajuda
Ambiente hospitalar X domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente hospitalar agressivo 2. Desejo de voltar ao domicílio 3. O ambiente de conforto e segurança 1. Ambiente hospitalar 2. Contingências 4. Dispositivos para privacidade
O Tempo das Interações	<ol style="list-style-type: none"> 1. O horário 2. A duração
Aspectos gerais das Interações	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efeitos da interação 2. Importância da supervisão 3. Alta hospitalar desejada 4. Ajuda externa à relação 5. Instrumentos utilizados 6. Cuidado espiritual 7. Resistência na relação 8. Sentimentos demonstrados
Implicações do Enfermeiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obstáculos à interação efetiva 2. Atitude incomum do enfermeiro 3. Avaliação do enfermeiro 4. Instrumento de cuidado 5. Disponibilidade 6. Respostas positivas à ação do enfermeiro
As virtudes reveladas	<ol style="list-style-type: none"> 1. A fé 2. A esperança 3. O amor

Com base na criação destas categorias foi construído o modelo de cuidado espiritual, no qual procuramos correlacionar as categorias e subcategorias, evidenciando aspectos importantes e constitutivos da proposta, que, posteriormente, serviu para a elaboração dos conceitos e dos pressupostos do modelo. O modelo é apresentado e desenvolvido na síntese das categorias, formando assim três macrocategorias, que são: componentes do cuidado espiritual; o desenvolvimento do cuidado espiritual; a culminância do cuidado espiritual.

4.6 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC) e foi aprovada conforme protocolo de aprovação nº58/11 (ANEXO 1). A paralisação temporária das atividades do comitê de ética do hospital onde foi realizada a pesquisa justifica a escolha da submissão da pesquisa a esta instituição citada. A realização deste estudo observou irrestritamente os princípios norteadores da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e seus aspectos gerais. Assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido o seu anonimato, o direito dos mesmos às informações da pesquisa e não mais participar em qualquer fase da pesquisa, sendo assim assegurados os princípios éticos de autonomia e justiça (BERMEJO, 2009).

Os princípios éticos da beneficência e não maleficência foram levados em consideração, por propor uma pesquisa-cuidado em que todos os dados coletados e analisados foram utilizados para o benefício do próprio paciente. À medida que emergiram conteúdos da relação enfermeiro/paciente, problemas foram identificados e intervenções foram tomadas, mesmos que esses problemas fugissem da especificidade do profissional de enfermagem. Contou-se com uma equipe de saúde que inclui enfermeiros, médicos, técnicos em Enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas. Estes últimos estavam à disposição para apoio e intervenção e tiveram subsídios para aprimorarem a assistência prestada, frente aos dados levantados.

O PROCESSO: A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CUIDADO

*“Subiu a construção como se fosse sólido. Ergueu
no patamar quatro paredes mágicas. Tijolo com
tijolo num desenho lógico. E tropeçou no céu
como se ouvisse música.
E flutuou no ar como se fosse sábado.”*

(Chico Buarque)

5 O PROCESSO: A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CUIDADO

A construção do modelo de cuidado espiritual, proposta neste trabalho, foi realizada a partir da prática da relação de ajuda, em um encontro coexistencial entre enfermeiro e paciente, através do desenvolvimento de uma inter-relação que não visava somente ao cuidado, mas se tratava de uma pesquisa-cuidado. Por conseguinte, tanto a forma como é realizado o cuidado como o caminho percorrido até este precisam ser explorado.

O processo de construção deste modelo, como já descrito na metodologia tem como base a própria “Relação de Ajuda” proposta por Travelbee e o apoio do referencial teórico da “Análise Existencial”, de Frankl. Revelados nas categorias criadas no processo de pesquisa, os passos do modelo foram realizados, descritos e integrados como pedras de encaixe para a construção do modelo, utilizando as três macrocategorias: os componentes do cuidado espiritual; o desenvolvimento do cuidado espiritual; a culminância do cuidado espiritual.

5.1 Os componentes do cuidado espiritual

Servindo-se da relação de ajuda para o cuidado espiritual, os componentes são os mesmos: o paciente, o enfermeiro e o ambiente onde estão inseridos. Tratando-se do paciente e do enfermeiro, é preciso retomar a concepção antropológica frankliana que compreende o homem como ser único e indivisível, mas ontologicamente tridimensional. Por conseguinte, suas dimensões física, psíquica e espiritual precisam ser consideradas e contempladas no cuidado de enfermagem.

Antes de explorarmos detidamente esses aspectos, precisamos apresentar os pacientes, seus contextos e suas circunstâncias, que, juntos, formam um perfil, demonstrando ser o componente mais importante do cuidado espiritual, razão e motivação de toda ação do enfermeiro. Estes aspectos estão abaixo delineados:

Paciente 1 (P1) – sessenta e oito anos, sexo feminino, doméstica, ensino fundamental incompleto, evangélica, viúva, três filhos, renda mensal de dois salários mínimos, procedente da capital. Com história familiar de câncer, sua mãe teve câncer de mama. Há quatro meses começou a sentir fortes dores torácicas e

dispneia intensa. Foi encaminhada à emergência do hospital, onde esta pesquisa foi realizada, sendo diagnosticado neoplasia de pulmão, tipo pequenas células. Realizou tratamento sintomático e quimioterapia, recebeu alta para continuar o tratamento em casa.

Paciente 2 (P2) – setenta e um anos, sexo feminino, dona de casa, ensino fundamental, católica, viúva, quatro filhos, renda familiar de três salários mínimos, procedente da capital. Não possui história familiar de câncer. Há seis meses, começou a ficar rouca e afônica. Procurou atendimento médico, sendo diagnóstico linfoma folicular de tireóide. Apresentou dispnéia intensa e desmaios. Levada à emergência desse hospital, foi submetida à traqueostomia e encaminhada à unidade de terapia intensiva. Após estabilizado o quadro clínico, foi transferida para essa unidade. Realizou tratamento combinado de radioterapia e quimioterapia, além de tratamento sintomático. Recebeu alta para continuar o tratamento em casa.

Paciente 3 (P3) – setenta e cinco anos, sexo masculino, agricultor, ensino fundamental incompleto, evangélico, casado – segundo casamento –, nove filhos da primeira união, renda familiar de três salários mínimos, procedente do interior do estado. Não possui história familiar de câncer. Há dois meses, revelou que estava sentindo fortes dores no tórax há um certo tempo. Apresentou dispneia intensa, rouquidão e aparecimento de nódulo cervical. Procurou espontaneamente o hospital após ser diagnosticado no interior. Foi internado neste hospital por apresentar dispnéia intensa, sendo diagnosticado neoplasia de pulmão, tipo pequenas células. Realizou radioterapia e quimioterapia. Recebeu alta para continuar o tratamento em uma cidade mais próxima de sua casa.

O perfil dos pacientes revela que o diagnóstico de câncer foi algo inesperado. Os meses, desde os primeiros sintomas, foram de intenso sofrimento: pelos próprios sintomas, pelas incertezas do diagnóstico, pelo internamento e pelo tratamento realizado. A idade revela também que são pessoas que já viveram um certo tempo e trazem consigo histórias que podem indicar caminhos para o cuidado. O fato de estarem internados indica a necessidade de um suporte de vida e de um cuidado profissional, que interfere na forma como esses pacientes se relacionam com seus familiares e com a própria equipe.

Cada paciente tem sua forma de vivenciar o adoecimento, mas as repercussões atingem-no em sua totalidade dimensional, em que o físico, o psíquico e o espiritual são afetados. Observando as formas como as dimensões humanas se

mostram, percebemos que os pacientes – como componente da relação de ajuda – trazem três disparadores que merecem destaque para o cuidado de enfermagem, por exigirem desse profissional uma resposta sobre qual cuidado deve ser prestado, a saber: sentimentos, sintomas físicos e questionamentos existenciais. Esses três disparadores são facilmente percebidos nos diálogos das interações.

Os principais sentimentos expressos pelos pacientes, sujeitos deste estudo, são o medo da dor, do sofrimento e da morte e o sentimento de inutilidade, de culpa, de abandono e de solidão. Há também sentimento de preocupação e de proteção com os familiares. Ao lidar com os sentimentos, os pacientes precisam ser ajudados a expressar e a elaborar esses conteúdos, que os fazem sofrer.

Tanto Kübler-Ross (2005) como Breitbart (2003) corroboram sobre a importância de ajudar os pacientes a expressarem seus sentimentos a partir de um diálogo franco e autêntico, fruto de uma relação consolidada de confiança mútua, pautada na escuta e na aceitação incondicional.

Em relação aos sintomas físicos, os mais presentes na realidade deste estudo são dor, dispneia, disfagia e lesões cutâneas. Esses mesmos sintomas são os responsáveis pela motivação do internamento, persistindo durante o tempo de permanência no hospital.

Sobre os sintomas, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) ressalta que um dos objetivos dos cuidados paliativos é aliviar os sintomas, sobretudo a dor. Os avanços científicos no controle da dor devem assegurar o alívio e o conforto aos pacientes. Não é admissível em nosso contexto histórico e social justificar que pessoas ainda morram sentindo dor física. Ainda segundo essa organização, os cuidados paliativos têm a proposta de tornar a morte um processo natural, livre dos sintomas que mais afligem as pessoas em fase avançada de suas doenças, proporcionando um morrer o mais tranquilo possível.

Menos frequentes, mas não menos importantes, os questionamentos existenciais aparecem a partir da relação de ajuda estabelecida. Muitas vezes o paciente pergunta: por que estou passando por tudo isso? Por que justamente eu? Qual o sentido de sofrer tanto? Essas perguntas nem sempre são claramente expressas, estando implícitas, muitas vezes, exigindo sensibilidade e competência profissional para perceber.

Para Frankl (1978), esses questionamentos são sinais de sanidade, sendo que eles fazem tensão para a descoberta de um sentido. O enfermeiro, percebendo

essas questões envolvidas, auxilia o paciente a encontrar o sentido incondicional da situação adversa.

Levando em consideração todas estas demandas, o enfermeiro deve planejar o cuidado a fim de contemplá-las. A forma como o enfermeiro se disponibiliza para o cuidado e para sua concreta efetivação tem a ver com sua forma de acessá-lo e não poderia ter outro caminho a não ser pelas dimensões humanas. Durante as interações, isso fica evidente nas diversas formas como o profissional aborda o paciente, conforme é observado no início das interações:

Enfermeiro: Olá! Como estão as coisas? Vejo que está melhor, sem a máscara de Venturi.

Paciente1: É verdade, a médica falou que ia ficar sem a máscara, ficar só com esse bichinho (catéter de O2), se eu aguentasse. Se não, voltaria para a máscara.

Enfermeiro: Como está seu tratamento?

Paciente1: Tá ótimo.

Enfermeiro: Você fez o exame? A tomografia?

Paciente1: Fiz, foi tudo bem, acabei a química. Agora é esperar pelo próximo mês pra iniciar de novo.

A maioria das formas de acesso do enfermeiro por meio das interações, foi relacionada à dimensão física. Ao abordar seu estado geral, é sempre feita menção dos sinais e sintomas físicos. É preciso lembrar que a relação de ajuda acontece em um hospital clínico, onde as pessoas assistidas apresentam demandas e alterações na dimensão física, motivo principal da internação e permanência no hospital.

A dimensão física, portanto seria a mais elementar entre todas, sendo assim, inconcebível que seja negligenciada. As dores, a dispneia, ou qualquer outro sintoma físico devem ser prontamente aliviados ou eliminados. Para isso, temos um arsenal tecnológico, tanto medicamentoso, como procedimentos e aparelhagem à disposição (PESSINI, 2002)

A formação do enfermeiro privilegia a dimensão física em sua ação profissional, mas a consciência de que o homem é um ser complexo e multidimensional deve indicar que o cuidado vai além da realização de técnicas e procedimentos físicos. Envolve, sobretudo, interação, comunicação e empatia, posto que indica outras dimensões a serem contempladas (BARCELOS; ALVIM, 2006).

Para Waldow (1999), quando se imprime no cuidado a dimensão física, o cuidador não somente realiza procedimentos em alguém, mas toca na instância mais próxima do ser-no-mundo, devendo refletir junto e realizar uma ação

integradora, o que proporciona crescimento mútuo entre os envolvidos na relação do cuidado.

Desse modo, é de se esperar que as conversas tratem, principalmente, da dimensão física. Porém, é possível observar também a dimensão psíquica, como no trecho que segue:

Enfermeiro: Boa noite, senhor P3. Soube que está triste hoje?

Paciente3: É, tô meio assim... Não sei o que houve, nada me deixa pra baixo, mas desde ontem fiquei assim, nem comer tenho vontade.

Enfermeiro: Soube que seus filhos visitaram o senhor. É verdade?

Paciente3: É, quatro filhos vieram me visitar.

Enfermeiro: Sua tristeza tem a ver com a visita de seus filhos?

Paciente3: Tem não, gostei muito de ver eles. Não tem nada me preocupando, sei que minhas coisas estão sendo bem cuidadas pela minha outra filha, que ficou lá em casa. Tá tudo bem.

Enfermeiro: O senhor gostaria de falar desse sentimento?

Pessini (2002) lembra-nos que, ao cuidarmos de um paciente, é imprescindível observar e contemplar todas as suas demandas, sobretudo, no contexto hospitalar, onde a fragilidade humana se apresenta mais fortemente e a própria doença, os sintomas e o tratamento tornam a pessoa ainda mais frágil e vulnerável emocionalmente. O acesso ao paciente por meio da dimensão psíquica não é tão comum no cotidiano do cuidado e acontece em decorrência de um vínculo maior no relacionamento enfermeiro-paciente.

Para Travelbee (1979), o enfermeiro deve atentar para os possíveis sinais de sofrimento psíquico. Seja pela comunicação verbal ou pela comunicação não verbal, o paciente demonstra em que aspecto precisa mais urgentemente ser cuidado. Comportamento como isolamento, agressividade, indiferença, irritabilidade, choro fácil e insônia são os sinais mais frequentes do sofrimento psíquico.

O cuidado nessa dimensão, como afirma Sá (2009), é justamente estar atento ao que é imperceptível, ou seja, observar além do físico e perscrutar os sentimentos e as emoções do paciente, integrando todos os achados para uma avaliação criteriosa e para as intervenções necessárias.

Por sua vez, quando a relação se desenvolve, o acesso deixa de ser na ordem da especulação de sinais e sintomas quer físicos, quer psíquicos e passa a ser a própria relação, evidenciando o encontro coexistencial, próprio da dimensão espiritual. A seleção do trecho da interação demonstra isso:

Enfermeiro: Olá, dona P2!

Paciente2: Tava nesse instante lembrando de você. Tava pensando: quando é que ele vem?.

Enfermeiro: Era mesmo? Fico muito feliz de ser lembrado e esperado pela senhora.

Paciente2: Tava sentindo falta e tá tudo bem, graças a Deus.

Qualquer que seja a dimensão acessada, obrigatoriamente tocará nas demais dimensões, porque o homem, mesmo sendo tridimensional, é também uma unidade, antropológicamente falando. O que o enfermeiro precisa entender é que seu cuidado deve contemplar o ser humano, no todo, não apenas em uma das suas dimensões.

O cuidado com a pessoa com câncer é complexo porque envolve a possibilidade concreta de morte. O sofrimento mobiliza muitos processos nos pacientes, uma vez que a impotência frente a situações irremediáveis traz a possibilidade de desenvolvimento de relações afetivas intensas e a reorganização de prioridades na vida, além de possibilitar encontros plenos de significados. A pessoa com câncer em estado terminal empreende um itinerário doloroso desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, enfrentando recidivas e a morte inevitavelmente (KOVÁCS, 2007).

Pudemos observar a surpresa dos pacientes ao indagarmos sobre seus sentimentos antes de estabelecer o contrato da relação de ajuda. Parecia incomum alguém estar interessado em saber como realmente se sentiam, quais suas angústias e suas necessidades, conforme registrado em um dos comentários das interações:

Senti que a paciente aceitou minha proposta, sem hesitação minha proposta, mas observei certo estranhamento, como se ela perguntasse: “um enfermeiro querendo conversar e justamente comigo?”. Percebi que é incomum o enfermeiro da unidade se interessar por alguma coisa além de sua rotina de trabalho. Isso ficou evidente nas visitas realizadas no plantão (Comentário do 1º Encontro sobre P1).

Percebi que a paciente demonstrou surpresa quando indaguei sobre seus sentimentos. É algo importante de ser ressaltado é o fato de querer voltar para casa, como intenção de se sentir segura e apoiada (Comentário do 1º Encontro sobre P2).

O cuidado de enfermagem tem como via de ação as dimensões humanas que, ao serem acessadas, tocam, invariavelmente, às demais. Ao cuidar de uma dimensão humana afetada, o enfermeiro tem acesso as demais, as quais podem ser influenciadas pelo seu cuidado, ou mesmo pode ser evidenciado que o foco principal de seu cuidado deve ser direcionado à necessidade afetada. Faz-se mister, pois,

que o enfermeiro tenha consciência dessa totalidade do ser e execute seu cuidado de forma adequada e eficaz, a fim de abranger essas dimensões.

O enfermeiro, sendo conhecedor da tridimensionalidade humana, deve se beneficiar da ênfase dada à dimensão física no hospital, porque a proximidade do corpo do paciente advinda da realização de procedimentos e da manipulação desse mesmo corpo – proporciona ao paciente e ao enfermeiro uma intimidade –, que rompe a barreira corporal, facilitando o acesso às outras dimensões. É certo que essa intimidade, muitas vezes, causa constrangimento, ainda mais se os gêneros dos envolvidos forem diferentes e se a relação de ajuda não estiver estabelecida. Porém, é inegável que toda essa proximidade, se bem conduzida e aproveitada pelo profissional, oportunizará o acesso total ao paciente e o desenvolvimento da relação de ajuda e do cuidado espiritual.

A figura a seguir demonstra essa perspectiva de acesso e de repercussão multidimensional. Vale salientar que essa representação tem origem nas constatações das relações desenvolvidas nesta tese. Ela serve para demonstrar tanto ao paciente quanto ao enfermeiro – como seres humanos únicos, tridimensionais – que, ao desenvolverem a relação de ajuda, afetam-se mutuamente, inclusive em suas dimensões.

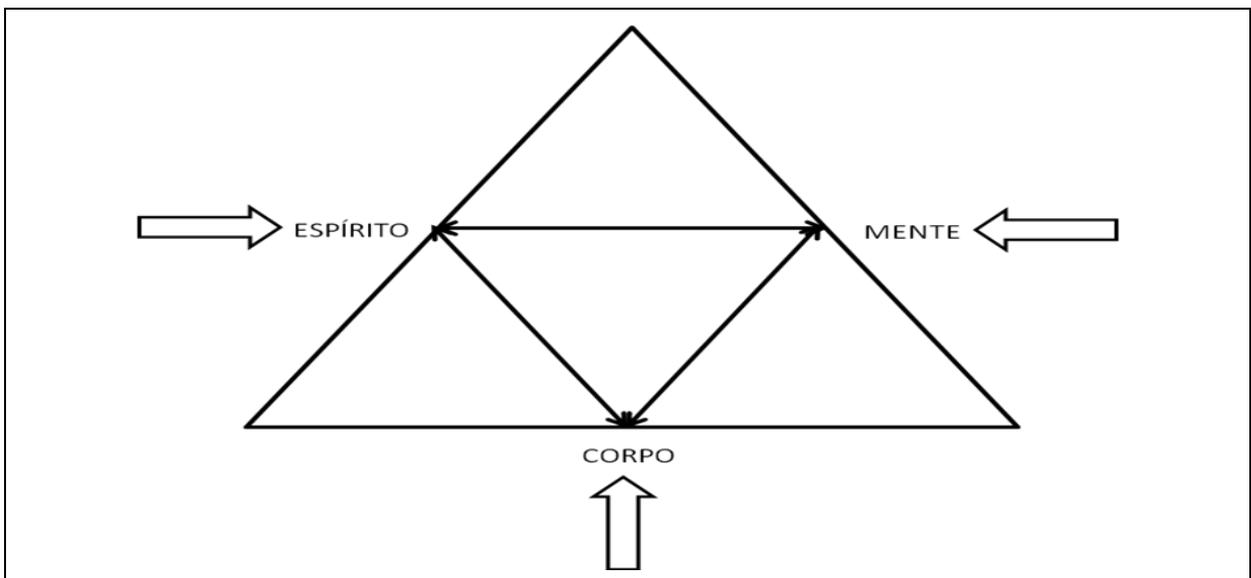


Figura 7. Representação do acesso às dimensões humanas na relação de ajuda enfermeiro-paciente

Por conseguinte, o enfermeiro, tal como descreve Travelbee (1979), oferece a si mesmo como instrumento de cuidado – e o faz por meio da sua competência

profissional, que envolve conhecimento científico – habilidades técnicas e atitudes pessoais e interpessoais. Para essa mesma autora, essa competência é demonstrada na comunicação terapêutica, na escuta terapêutica e na ação técnica específica.

Durante as interações, alguns aspectos podem ser destacados, dentre eles, os fatores pessoais do enfermeiro, os quais interfeririam no desenvolvimento da relação de ajuda. Por se tratar não simplesmente do desenvolvimento da relação, mas, também, de uma pesquisa, esse fato causou dificuldade de estabelecer uma comunicação espontânea e autêntica, tendo em vista a necessidade de gerar material de pesquisa. Isso, porém, não comprometeu a pesquisa e o cuidado intencionado; antes, mostrou que o enfermeiro é parte integrante da relação e precisa, por isso, perscrutar não somente o paciente, mas, sobretudo, a si mesmo.

Travelbee (1979) alerta sobre o papel terapêutico do enfermeiro ao utilizar a si mesmo como instrumento. Para isso, precisa ter conhecimento específico e dominar a arte da comunicação. A enfermagem, portanto, deveria concentrar-se na promoção da saúde mental de seu paciente, tendo como parâmetros a capacidade de amar, a capacidade tanto de enfrentar a realidade quanto a de descobrir o sentido das situações e faria isso desenvolvendo a relação terapêutica.

À medida que desenvolvíamos a relação de ajuda com cada um dos pesquisados, começamos a perceber que os conteúdos emergiam naturalmente e que as questões norteadoras eram contempladas sem artificialidade. Isso ficou comprovado no comentário de uma das interações iniciais:

Nesse encontro, percebi que cometi alguns equívocos. Primeiro, na ânsia de coletar dados bombardeei a paciente de perguntas, sem que desse tempo para trabalhar mais detidamente as suas necessidades, no caso o medo da morte. Esqueci que os dados emergem na relação e naturalmente durante os encontros. Segundo, não explorei a riqueza de conteúdo que estava nas respostas às perguntas, ficando assim na superficialidade (Comentário do 2º Encontro sobre a P1)

Ao passo que fomos aprofundando a relação de ajuda, o processo de comunicação se tornou mais espontâneo, e os diálogos foram, gradativamente, sendo acrescidos de riquezas de conteúdo. Assim, tanto aquilo que o paciente traz como demanda para a relação de ajuda, como aquilo que o enfermeiro oferece, como forma de cuidado, formam duas figuras triangulares que, ao se fundirem, formam uma figura única, cujos vértices correspondem à demanda e ao cuidado.

Essas representações foram frutos também do desenvolvimento da relação estabelecida neste estudo, sendo, portanto, originadas das análises das interações. Podemos visualizar essas estruturas e a formação da relação de ajuda nas figuras 8, 9 e 10, apresentadas em seguida:

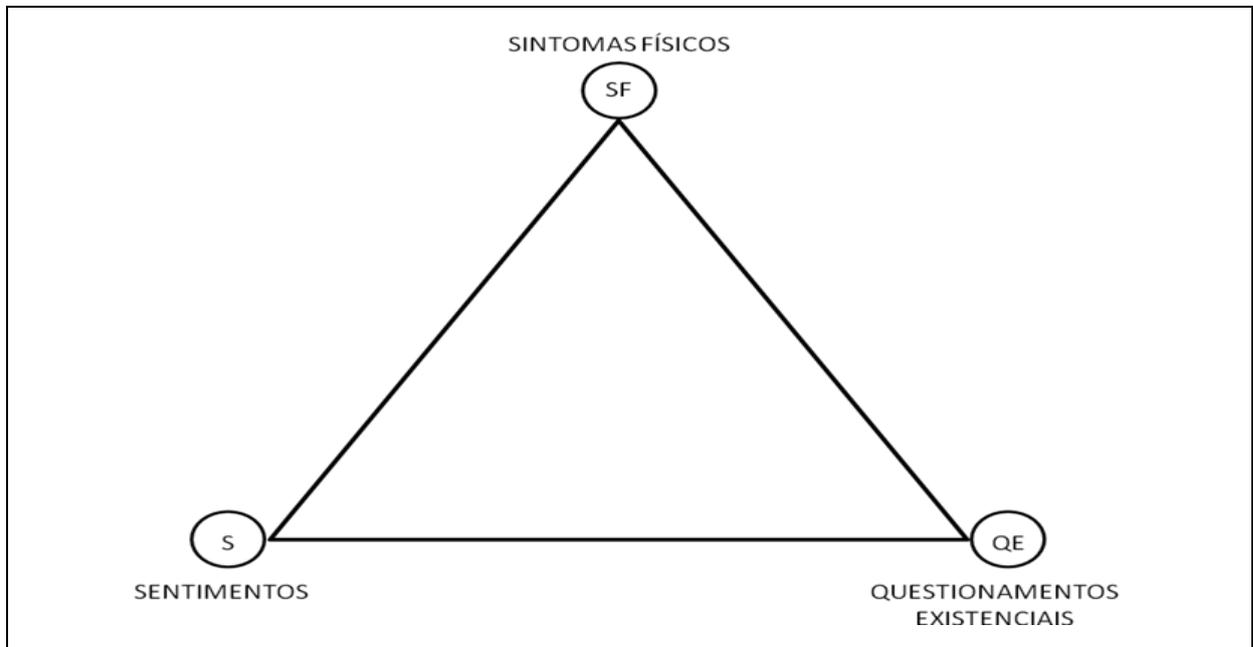


Figura 8. Demanda apresentada pelo paciente

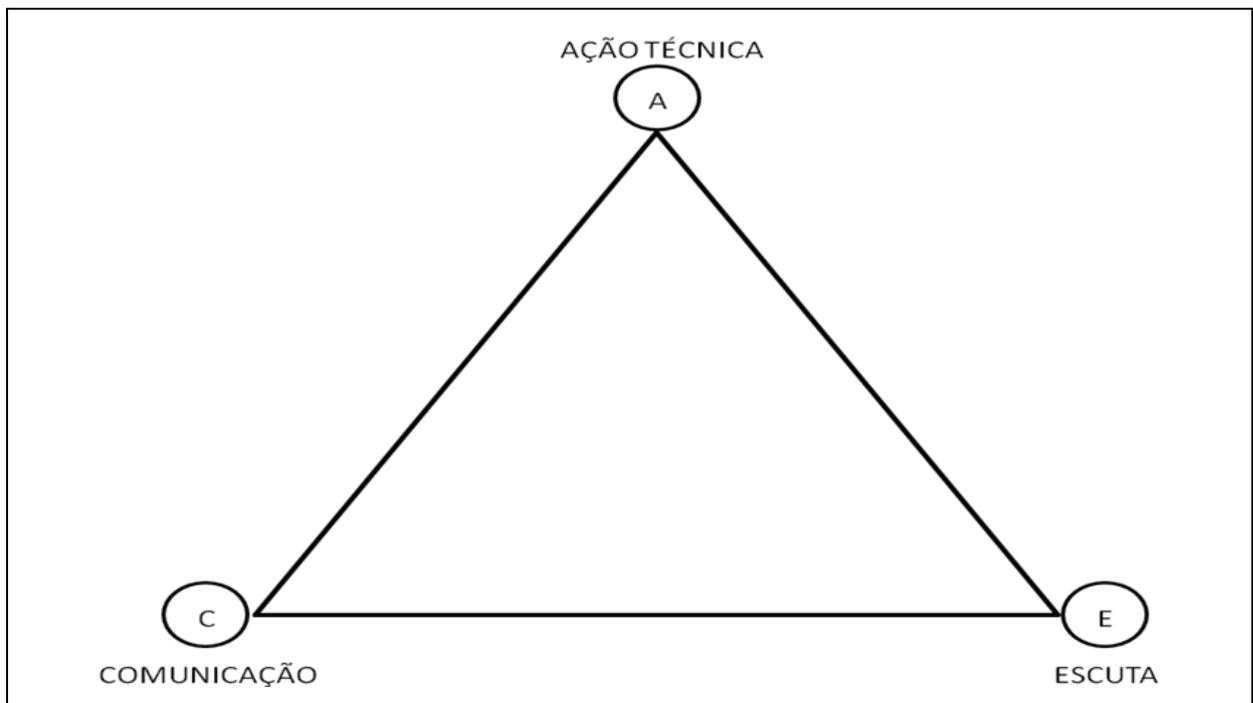


Figura 9. Ações do enfermeiro para o cuidado

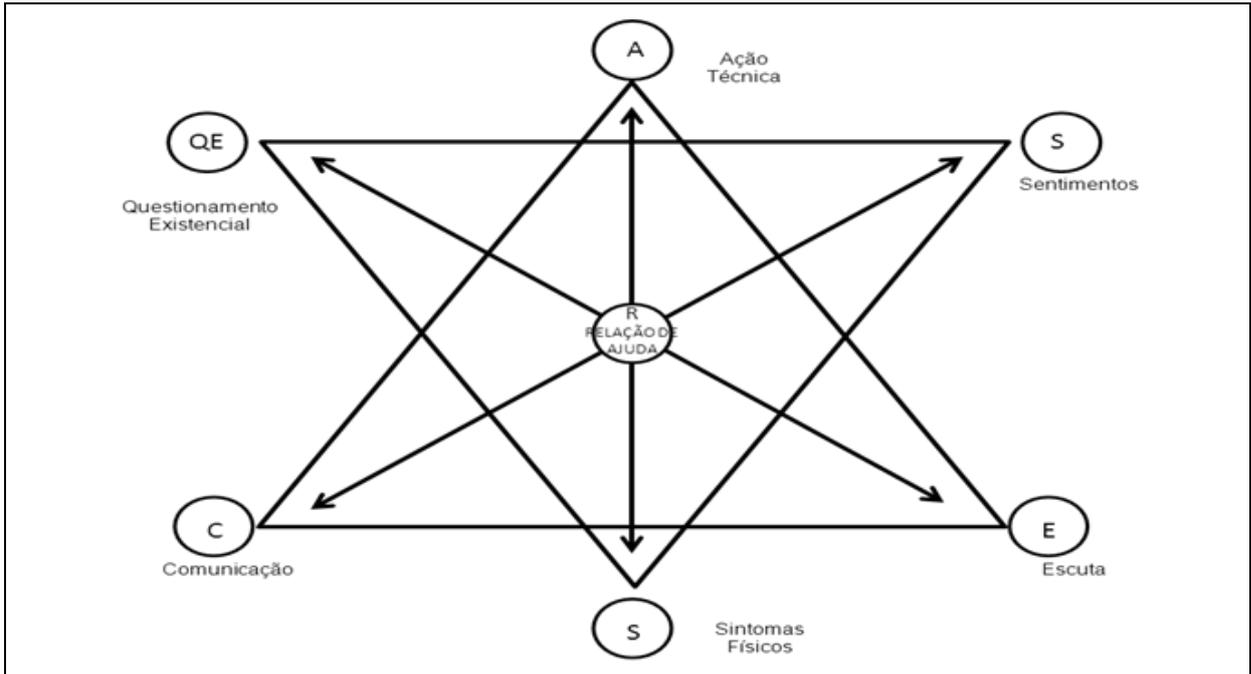


Figura 10. Formação da relação de ajuda para o cuidado espiritual de enfermagem

Todavia, essa fusão somente ocorre com um terceiro componente: o ambiente que, junto com o paciente e o enfermeiro, formam a figura 11:

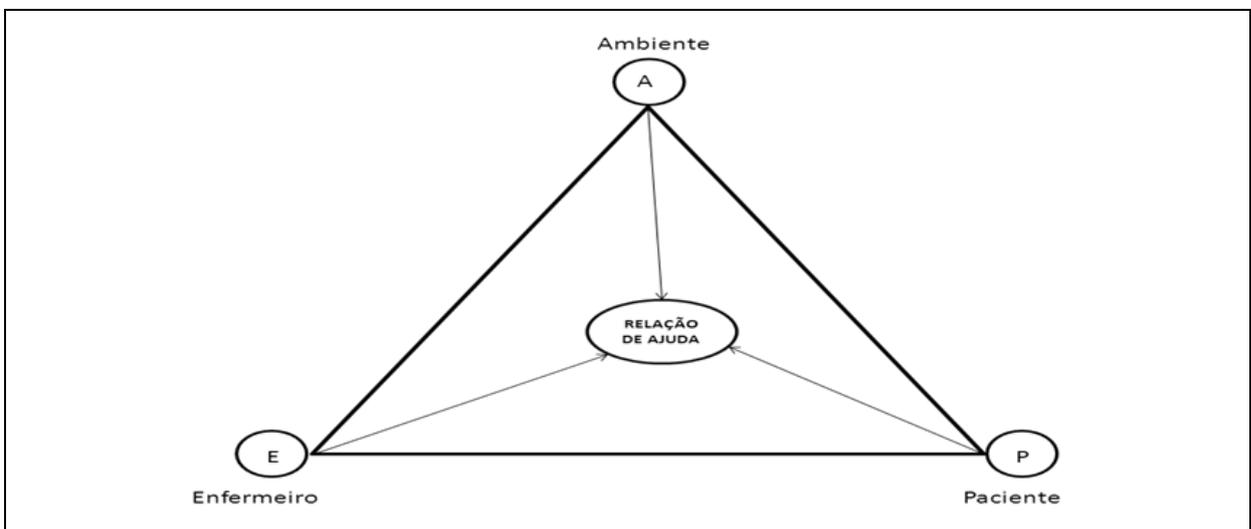


Figura 11. Componentes da Relação de Ajuda Enfermeiro/Paciente

O ambiente como último componente a ser apresentado deve ser levado em consideração seriamente, porque interfere diretamente na relação estabelecida entre o paciente e o enfermeiro. O contexto hospitalar, que foi o pano de fundo desta pesquisa-cuidado e que possibilitou a construção do modelo de cuidado, é bastante controverso. Primeiro, porque ao invés de ser um espaço de cuidado, conforto e

respeito, não por acaso, é também um espaço estranho, impessoal e invasivo. O hospital é encarado pelos pacientes como um mal necessário – tanto que, em muitas interações, pode-se comprovar o desejo dos pacientes de receberem alta e retornarem aos seus domicílios.

Paciente2: Sim... Não está nada fácil, tenho muita tosse, dores e cansaço. Não tô em casa, tenho saudade da minha casa.

Enfermeiro: Deve ser difícil para senhora estar longe de suas coisas, mas precisa fazer o tratamento, não adianta ir para casa agora e ter que voltar às pressas a qualquer momento. Talvez depois dos exames, do tratamento, a senhora terá a avaliação médica e aí seja possível a senhora ir para casa.

Paciente2: Mas como eu vou para casa com isso (traqueóstomo)?

Enfermeiro: Não tem problema não, muitas pessoas vivem com o traqueóstomo.

Paciente2: E para aspirar?

Paciente3: Já passei por muitas coisas nessa vida, mas tem coisas aqui que são difíceis.

Enfermeiro: Que coisas?

Paciente3: Minha mulher teve que usar calça comprida pra ficar aqui, falamos com a Assistente Social não teve jeito, a vontade que tive foi de pegar minhas coisas e ir embora, olha que ficar de calção pra mim também é difícil, nós somos crentes. Também esses meninos, alguns são muito bons, outros nem olham pra gente, não é fácil precisar de alguma coisa e a pessoa com a cara feia pra gente. Minha esposa é esquentada, tenho que segurar às vezes, mas tem vez que nem eu aguento.

Enfermeiro: É interessante o senhor dizer isso, mas a chefia precisa saber, também tem a ouvidoria que o senhor pode falar que ficará registrado e são tomadas as devidas providências.

Paciente3: Tá certo.

O ambiente hospitalar deixa mais fragilizado e vulnerável o paciente, que se sente desrespeitado e submetido a rotinas e a procedimentos completamente diferentes daqueles que está acostumado a viver. Sua individualidade, sua privacidade, seus hábitos e costumes ficam comprometidos e são quase sempre negados. Precisam agora conviver em um espaço coletivo com estranhos e submetido à intimidade indesejada. Também precisam aprender a dividir espaços e utensílios.

Paciente3: Aqui é muito agitado e barulhento, quando não é os pacientes conversando, é os enfermeiros que abrem a luz ou um paciente que desce ou sobe essa rampa. Na minha casa é um silêncio, uma tranquilidade, lá tenho paz.

Enfermeiro: Sim, senhor P3, posso imaginar a diferença, mas o senhor precisa se restabelecer e isso pode demorar um pouco mais de tempo.

Paciente3: Sabe o que é mais difícil? O médico dizer que vai dar alta pra gente tal dia e depois não dar. A gente ficar naquela espera e quando dizem que não vão dar mais a alta, o que a gente faz? Sabe o que é ficar pensando que tal dia vai voltar pra casa?

Enfermeiro: Deve ser frustrante! Cria muita expectativa!

Paciente3: Demais.

Não raro é encontrar quem diga que é maravilhosa sua estadia – talvez por querer agradar ou devido às circunstâncias de carência e de necessidade –, achando que, de alguma forma, suas necessidades estão sendo supridas. Há também aqueles que nada reclamam, tudo aparentemente é aceito e nada têm a questionar. Mas em algo são unânimes: todos querem voltar a seu lar, por pior que seja. Por mais carentes que possam ser, sentem-se seguros e esperam o conforto de seu lugar e de sua gente.

Quando esse retorno é negado ou adiado, um sentimento de frustração e revolta ganha espaço, o desespero e a vontade de ir embora tomam conta, pondo em xeque o tratamento. A simples alusão à alta hospitalar, a esperança de volta para sua rotina e retomar a vida ou mesmo morrer em casa é razão para grande expectativa. O enfermeiro conhecedor desse contexto deve orientar o paciente sobre a necessidade de sua permanência e alertar a equipe médica da expectativa gerada pela possibilidade de alta, devendo ser comunicado ao paciente apenas quando essa alta for certa ou quando houver necessidade de algum preparativo.

Com isso, o hospital passa a ser espaço privilegiado do cuidado do corpo, não da pessoa humana. Frankl (2005) alerta para o perigo de coisificar ou reduzir o ser humano a uma dimensão e pôr em risco toda a compreensão e as intervenções possíveis no cuidado. Já em algum tempo, Pita (1991), alertava a esse respeito. Ao analisar o hospital e as relações que ali se estabelecem, faz considerações sobre a forma como se dá o processo de trabalho e também alerta para a forma desumanizada de tratar a pessoa humana, negligenciando, inclusive, a dimensão física.

Para Brito e Carvalho (2010), o ambiente hospitalar exige que os cuidados sejam redobrados no que tange ao trato com a pessoa com câncer e ao ambiente, para que este seja o mais confortável possível e menos traumático. Essa humanização perpassa tanto as relações entre a equipe de saúde e o paciente e sua família, bem como a estrutura e a logística do cuidado, sendo destacada a integração desses dois aspectos para se alcançar esse fim.

Segundo Dias (2006), a hospitalidade deve ser, no espaço hospitalar, algo intrínseco, abrangendo, portanto, os aspectos tangíveis e intangíveis do atendimento. Tanto o ambiente precisa ser acolhedor, confortável e prático, respondendo às necessidades do cuidado e de seu processo, quanto as relações

estabelecidas também precisam corresponder à hospitalidade que se tenciona na humanização hospitalar.

O Ministério da Saúde, ao criar a Política Nacional de Humanização, visava discutir e implementar ações que contemplassem todos os aspectos envolvidos na humanização, incluindo usuários, profissionais, ambiente, infraestrutura, gestores e instituições. Para essa política, a humanização se faz com muitas mãos e abrange uma infinidade de detalhes que precisam ser atentados para tornar as instituições espaços promotores de saúde, e as ações profissionais, por sua vez, um fazer que acolha, que promova, que cuide e que recupere a saúde da população (BRASIL, 2009).

No tocante ao ambiente das interações, foi preciso fazer adaptações e utilizar alguns dispositivos para permitir o diálogo e as intervenções necessárias. As condições físicas de locomoção e estado geral também foram as contingências para a escolha dos lugares onde seriam realizadas as interações.

Na unidade onde foram realizadas essas interações, todas as enfermarias são coletivas e quase sempre todos os leitos estavam ocupadas. A fim de manter a privacidade durante a interação, utilizamos alguns dispositivos como o uso do biombo para dividir e evitar o contato de um leito com outro e o uso da voz em tom baixo para evitar que nossa conversa fosse escutada. As idas à sala de espera e aos bancos de espera no corredor asseguravam um lugar reservado àqueles que podiam se locomover.

As interações eram interrompidas com certa frequência seja pela dinâmica do serviço que exigia uma outra ação durante a conversa ou mesmo a rotina da unidade: nutrição, procedimentos, troca de acompanhante, limpeza da enfermaria etc. Tentamos nos adaptar às situações que surgiam, de certo que a privacidade ficou comprometida em alguns momentos, mas não impediu que a relação se efetivasse.

Para Travelbee (1979), o ambiente terapêutico deve ser levado em consideração porque interfere diretamente na comunicação entre enfermeiro e paciente. Esse processo, que se dá entre emissor, receptor e mensagem, pode ser completamente distorcido, dependendo das condições do ambiente. Ressalta-se outro ponto: o ambiente deve proporcionar segurança, com o mínimo de privacidade para que o paciente fique à vontade e possa partilhar suas necessidades. Muitas

vezes, o ambiente hospitalar não propicia isso, e o enfermeiro, por sua vez, intervém para assegurar as condições mínimas à relação de ajuda.

Pensando no cuidado espiritual, o espaço hospitalar mostra-se profícuo, não somente porque é um ambiente onde pessoas doentes, frágeis e fragilizadas encontram-se, mas, principalmente, porque permite o encontro de pessoas ricas de experiências e que podem fazer crescer umas às outras. A estadia no hospital propicia a avaliação do processo de cuidar, trazendo desenvolvimento e aprimorando as competências profissionais. O saber, o criar, o relacionar, o harmonizar e o adequar são ações que envolvem o processo de trabalho em saúde, sobretudo, quando nos reportamos ao espaço hospitalar (MERHY, 1997).

Conhecendo os componentes do cuidado espiritual, foi possível estabelecermos a relação de ajuda, a qual se concretiza na fusão entre aquilo que é trazido pelo paciente e o que é oferecido pelo enfermeiro, conforme visualizado na figura 10. A partir do estabelecimento do contato de ajuda, um novo passo é dado, na busca do desenvolvimento da relação de ajuda enfermeiro-paciente para atender ao cuidado espiritual.

5.2 Desenvolvimento do cuidado espiritual

O estabelecimento do cuidado espiritual ocorre, precisamente, quando o paciente e o enfermeiro realizam o contrato da relação de ajuda, em que, ambos estão conscientes e interessados em seu desenvolvimento. Esse contrato ocorre quando o enfermeiro se disponibiliza a ajudar, a partir de sua própria pessoa, e o paciente, ao ser convidado, aceita e acredita que, de alguma forma, essa relação traga benefícios e o ajude a enfrentar e a superar as situações vividas.

Seguindo as orientações de Travelbee (1979), a relação de ajuda tem início antes mesmo do primeiro encontro, o que denominou de fase de pré-interação. Nessa fase, o enfermeiro perscruta suas intenções e cria expectativa quanto à relação que se estabelecerá. No caso aqui exposto, a ansiedade era dupla: por se tratar de uma pesquisa-cuidado; por ser uma única fase de pré-interação para todas as relações de ajuda desenvolvidas (APÊNDICE 3).

Os componentes do cuidado espiritual trazem em si vários aspectos que configuram e possibilitam o desenvolvimento do próprio cuidado. O enfermeiro e o paciente, ao estabelecerem a relação de ajuda, oferecem, um ao outro, a

oportunidade de aprendizado e de crescimento. O ambiente hospitalar, como um dos importantes componentes desse processo, também influencia, diretamente, essa relação. Por esse motivo, precisa ser considerado e adequado em muitas circunstâncias.

Por esta tese ser uma pesquisa-cuidado, os paciente foram convidados a participar duplamente, da pesquisa e do cuidado, a partir da relação de ajuda enfermeiro-paciente. Quando os pacientes se dispuseram a desenvolver essa dupla missão, não tinham um entendimento claro do que se daria. Isso é demonstrado quando da realização do contrato e da assinatura do termo de consentimento da pesquisa, logo no início do estabelecimento da relação de ajuda, como vemos no diálogo:

Enfermeiro: Dona P1, estou fazendo uma pesquisa com alguns pacientes sobre o cuidado que nós prestamos aqui, e eu gostaria que a senhora participasse. O que a senhora acha?

Paciente1: Meu filho, será que eu vou saber?

Enfermeiro: Faremos assim: o tempo que a senhora estiver aqui nos encontraremos e aí conversaremos sobre tudo o que a senhora quiser, o que a senhora está sentindo, o que está precisando, o que falta, o que a chateia. Tudo bem?

Paciente1: Tudo bem!

Enfermeiro: Enquanto estiver aqui, conversaremos, e o que a senhora precisar, a senhora me fala e vejo de que forma posso ajudar. Vou providenciar o documento que é necessário para nossas conversas, vou ler pra senhora. Se a senhora concordar, iniciaremos, tá?

Enfermeiro: Pronto, o curativo está feito! Gostaria de fazer um convite ao senhor. Estou fazendo uma pesquisa sobre o cuidado que prestamos aqui na unidade e quero saber dos próprios pacientes como gostariam de ser cuidados, em todos os aspectos. O que o senhor acha?

Paciente3: Pode ser, mas será que posso ajudar?

Enfermeiro: Não se preocupe, conversaremos durante o tempo que estiver internado e sobre o que o senhor quiser conversar. Farei algumas perguntas sobre sua vida e sobre o tratamento que o senhor faz. Enquanto estiver aqui no hospital, conversaremos.

Paciente3: Tudo bem.

Enfermeiro: Vou preparar o termo, vou ler para o senhor. Se estiver de acordo o senhor assina e se tiver alguma dúvida, o senhor pergunta. Tá bom?

Paciente3: Tá!

Enfermeiro: Estarei à sua disposição para o que precisar durante o tempo que estiver aqui.

Paciente3: Obrigado.

Os pacientes foram tranquilizados e esclarecidos quanto ao desenvolvimento da relação e da pesquisa, sendo assegurado o acompanhamento enquanto estivessem internados. Foi acordado ainda que as conversas tratariam de suas necessidades e das formas de melhorar os cuidados prestados na unidade. As

interações realizadas, a partir de então, modificaram-se através da criação de vínculos e da relação de confiança.

Tendo sido desenvolvida a relação de ajuda como base para o cuidado espiritual, o enfermeiro oferece, como já fora mencionado, a sua habilidade interpessoal e sua competência profissional, reveladas pelo conhecimento científico, pelas habilidades técnicas e pelas atitudes pessoais e interpessoais (Figura 9).

Durante todas as interações, isso ficou claramente expresso. Tanto a comunicação como a escuta são instrumentos essenciais e imprescindíveis para o cuidado espiritual. Embora tenhamos dividido intencionalmente comunicação e escuta, sabemos que a escuta faz parte do processo de comunicação, mas deliberadamente demos ênfase a escuta para mostrar sua importância, afirmando que em muitas situações a presença, a atenção exclusiva, o silêncio e o ouvir reflexivamente constituem intervenções inigualáveis (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Ora, não é preciso mostrar através de trechos das interações, a presença constante da comunicação e da escuta terapêutica, porque esses dois instrumentos estiveram presentes e perpassaram todos os diálogos das interações. Jamais poderia haver relação de ajuda sem que houvesse a comunicação e a escuta. Estes são fundantes no processo terapêutico e no cuidado espiritual.

Entendida como processo de troca e compreensão de mensagens transmitidas e recebidas, a comunicação – e nisso inclui a escuta – possibilita às pessoas que elas se percebam, partilhem ideias, sentimentos, pensamentos e intenções. Esse processo envolve as competências já citadas e configura o alicerce dos relacionamentos, alicerce esse capaz de afetar e ajudar as pessoas.

No ambiente hospitalar, a comunicação é um instrumento valioso na partilha dos mais variados conteúdos, experiências, vivências, percepções e sentimentos, abrimos- nos a possibilidade de encontrar outro ser humano que acolha e que responda a esse imperativo relacional.

Segundo Morais et al. (2009), a comunicação proporciona um cuidar autêntico que não se contenta com uma postura pragmática de curar. Antes, permite revelar tanto o que se encontra subjacente às necessidades explícitas do paciente quanto as necessidades impensadas. Ademais, o cuidar autêntico enfatiza a subjetividade e a personalização do paciente. Para tanto, deve ser observada a linguagem verbal e não-verbal, que se apresentam concomitantes. Analisando a comunicação verbal, é

possível perceber a congruência ou a incongruência entre as duas, reveladas nas palavras, nos gestos e nas expressões, servindo de sinais para compreender as necessidades reais daquele que as transmite.

Os comentários sobre algumas interações enfermeiro-paciente – interações essas desenvolvidas neste estudo – podem ilustrar como esse processo acontece:

Nesse encontro, eram notáveis a mudança de humor e a disposição do paciente pelo simples fato da possível alta hospitalar. O paciente mostrava-se ativo e sorridente. Nosso encontro transcorreu de forma a evidenciar a importância da interação (Comentário do 6º Encontro sobre o P3).

Percebi que o paciente estava visivelmente abatido, não somente pela sua condição física debilitada, mas, sobretudo, pela sua condição de paciente, forasteiro em terra estranha (hospital) e submetido a humilhantes procedimentos (sondagem nasoenteral etc.), ou seja, sua condição psicossocial e espiritual foi afetada também. Sua autoestima e sua autoimagem agora estavam comprometidas. Aquele homem altivo, independente e seguro de si, praticamente havia desaparecido. A situação o deixava vulnerável. Percebendo isso, coloquei-me à disposição para ajudar no que fosse preciso. Abordei a situação de forma direta, mas respeitosa (Comentário do 8º Encontro sobre o P3).

Tal disposição de se comunicar, observar e escutar compõe o processo de comunicação. Esta permite ao enfermeiro a compreensão de identidades subjetivas, possibilitando que se encontre uma forma de assegurar a dignidade, a autonomia e uma assistência de qualidade, contribui para o cuidado do paciente. O simples ato de estar disposto a realizar trocas pelo processo de comunicação ajuda o paciente, já fragilizado pela doença e pela internação, a expressar seus sentimentos e partilhar suas dificuldades. O enfermeiro, uma vez disponível para esse processo, faz o paciente se sentir acolhido e pronto para ser ajudado a encontrar as respostas ou os sentidos que as situações proporcionam.

Como parte integrante de um cuidado total, nas interações havia espaço para os cuidados físicos. Devido às contingências, houve muitas situações em que foi preciso realizar um procedimento ou outro. Dessa forma, constatamos que, quer no plantão ou no horário de trabalho, é possível desenvolver a relação de ajuda e integrá-la ao fazer cotidiano do enfermeiro, tornando-a parte dos cuidados e contemplando as dimensões humanas. Podemos demonstrar isso através das interações seguintes:

Enfermeiro: E o tratamento no CRIO (Centro Regional Integrado de Oncologia)?

Paciente2: Tá bom, não tenho queixa.

Enfermeiro: Faltam muitas sessões de radioterapia?

Paciente2: Não, tá quase acabando, só falta sete sessões.

Enfermeiro: A senhora já sabe como será depois de acabar as sessões?

Paciente2: Os médicos ainda não disseram, queriam me dar alta, mas como eu vou com esse negócio (traqueóstomo)? Mas tive febre também, aí acharam melhor passar mais um tempo.

Enfermeiro: A senhora gostaria que eu aspirasse agora?

Paciente2: Pode ser.

Enfermeiro: Vou preparar o material...Vamos lá, dona P2? Vou começar.

Enfermeiro: Boa noite, senhor P3! O que foi que houve?

Paciente3: Tô muito ruim, cansado e com dor na garganta.

Enfermeiro: Começou quando, isso?

Paciente3: Foi agora à tarde.

Enfermeiro: Vou chamar o médico plantonista pra avaliar o senhor. Enquanto isso, vou colocar o catéter de oxigênio e vejo se tem alguma medicação para dor, tá certo?

Paciente3: Obrigado.

Enfermeiro: O que mais está incomodando o senhor agora?

Paciente3: Esse cansaço. É como se alguma coisa estivesse apertando meu peito e vai até a garganta. Não tô conseguindo engolir nada, sinto uma dor tão grande, parece que tá tudo inflamado.

Fica claro, com os diálogos acima, que não é preciso um tempo determinado e exclusivo para as interações, podendo acontecer concomitante com o cuidado. O cuidado espiritual acontece na relação, certamente, mas, pode ser integrado às diversas atividades do plantão ou no horário de serviço do enfermeiro, tornando-se um cuidar que se sobrepõe, aprimora-se e que ocorre junto às demais atribuições.

Selli e Alves (2007) e Nascimento et al. (2010) corroboram com a ideia de integrar e contemplar o cuidado espiritual na prática cotidiana do enfermeiro. As autoras sugerem que essa modalidade de cuidado seja naturalizada, pois os ganhos para o paciente são evidentes tanto na aceitação da doença e do sofrimento, quanto na resignificação da vida. As autoras advertem que o assunto precisa ser amplamente estudado e discutido, uma vez que exige do cuidador a necessidade de trabalhar sua própria espiritualidade.

Um ponto importante a ser discutido – quando se deseja uma prática de enfermagem de qualidade – é, justamente, o tempo que se gasta em um cuidado diferenciado, individualizado e não fragmentado. A questão tempo parece ser sempre algo difícil para o enfermeiro, devido as suas diversas atribuições e à sobrecarga advinda de muitos fatores associados, oriundos do próprio profissional, da instituição e do processo de trabalho em saúde.

Ao realizarmos as interações, fizemos os registros do tempo de cada uma, e calculamos a média, o que ficou em torno de 26 (vinte e seis) minutos – período considerado pequeno, dados os benefícios para um cuidado de enfermagem

individualizado. Ainda que o cuidado espiritual demande tempo, não necessariamente precisa ser exclusivo, mas precisa ser individualizado.

Para avaliarmos melhor essa questão do tempo, decidimos realizar as interações em duas situações: a primeira, durante o horário regular de nosso trabalho na unidade de pneumologia; a segunda, em um horário extra, em um tempo exclusivo para as interações. Ao analisarmos essas duas situações, foi possível concluir que não é o tempo exclusivo para o diálogo que configura a excelência no cuidado, mas a atenção direcionada exclusivamente à pessoa com quem se estabelece a relação de ajuda. O cuidado espiritual aconteceu, justamente, no encontro do paciente com o enfermeiro, não de forma artificial, mas imbricado no tempo e na dinâmica do serviço, estando ou não no horário de trabalho – a ponto de não conseguirmos determinar onde começa o cuidado físico, o psíquico e o espiritual.

Em experiência similar, Durman (2003) afirma que o tempo gasto pelo enfermeiro com as diversas obrigações é utilizado como argumento para não desenvolver a relação enfermeiro/paciente, além do despreparo com respeito à comunicação interpessoal e à escuta qualificada. Para a autora, o cumprimento das prescrições médicas, a realização de técnicas e procedimentos e as atividades administrativas ganham mais espaço em detrimento do cuidado proporcionado pela relação enfermeiro/paciente.

A eficácia da utilização da relação de ajuda pode ser comprovada em alguns estudos realizados no ambiente hospitalar. Os ganhos em sua utilização são descritos como humanizadores da assistência de enfermagem, por estreitar os vínculos, acolher o sofrimento, tomar decisões que levem em consideração a vontade do paciente, intervir nas reais necessidades e avaliar, em conjunto, os resultados. Todavia, a implementação da relação enfermeiro/paciente exige do profissional uma disponibilidade para a relação e um conhecimento específico. Isto, talvez, explique as dificuldades de sua execução (DURMAN, 2003; OLIVEIRA et al, 2005; SILVEIRA et al, 2005; WAIDMAN, ELSEN, MARCON, 2006; CHISTÓFORO, ZAGONEL, CARVALHO, 2006).

Travelbee (1979), ao propor sua teoria, não esconde as exigências para o enfermeiro implementá-la, antes, adverte sobre o caminho que precisa ser percorrido para uma relação enfermeiro-paciente verdadeiramente autêntica. Em seus pressupostos, explicita que o enfermeiro deve dominar tanto antropologia como

qualquer outro conhecimento técnico, pois toda a sua conduta ou cuidado basear-se-á nas concepções que ele tem sobre o homem.

No tocante ao tempo de realização do cuidado espiritual, seguimos as etapas da relação de ajuda propostas por Travelbee (1979). A fase de pré-interação foi comum a todos os pacientes. Em seguida, vem a fase de orientação ou introdutória, momento em que os envolvidos se conhecem mutuamente, são identificadas as necessidades ou diagnósticos de enfermagem e são elaboradas as metas do cuidado, próprias de cada inter-relação. Quando as intervenções são postas em prática, inicia-se a fase de identidades emergentes. Nesse momento, o cuidado de fato ocorre, sendo considerada a principal fase da relação de ajuda. Por fim, a fase de término, onde são avaliados os resultados da relação de ajuda e os objetivos atingidos.

Nossa experiência com a relação de ajuda no contexto hospitalar permite-nos destacar alguns pontos que consideramos importantes no processo de construção da relação de ajuda, através da comunicação terapêutica: primeiro, porque, em decorrência da dinâmica do serviço, do prévio conhecimento entre o enfermeiro e o paciente e da intimidade proporcionada pela manipulação ou, como já tratamos, do acesso à dimensão física, essas etapas ocorreram dentro de outra configuração, diferente da descrita na teoria; segundo, a permanência do paciente no hospital pode ser curta ou demorada, e as etapas do processo de cuidado precisam ser cumpridas dentro de cada situação vivida, independente do tempo.

Quando analisamos as relações desenvolvidas, percebemos que essas fases se configuram de forma diferente do contexto psiquiátrico, apresentado por Travelbee (1979). A rapidez e a urgência nas relações no contexto hospitalar precisam ser considerados, pois trazem características próprias da relação de ajuda neste ambiente. O que fica evidenciado nas descrições e nos comentários das interações é que as fases aconteceram, mas num tempo diferente.

Em nosso processo de pesquisar-cuidar, o cuidado espiritual ocorreu em uma lógica diferente de tempo. Para ilustrar isso remetemo-nos ao que a mitologia grega constrói sobre o assunto. Os gregos tinham três concepções para o tempo: uma chamada *Khronos*², que se refere ao tempo humano, o qual pode ser contado e

² Segundo a mitologia grega, *Khronos* surgiu no princípio dos tempos, formado por si mesmo, sem forma, conduzindo o universo e o tempo. Referente a ele, trata-se o canibalismo de seus filhos, porque do tempo ninguém escapa. Não deve ser confundido com Cronos, pai de Zeus (BRANDÃO, 2002).

medido, encarado como a duração de um momento e como a própria personificação do tempo; a outra concepção é a de *Kairós*³, que significa momento certo ou oportuno, é o tempo existencial, não contado ou medido, considerado como a possibilidade do momento, o tempo que se eterniza para a teologia cristã, é o tempo da graça e de Deus agir; por último, *Aión*⁴, que representa o tempo cíclico, de voltar o tempo e reviver, seria a possibilidade de aproveitar o tempo vivo, considerado o tempo de, pela experiência, esperar algo. Aí temos uma nova palavra grega que melhor representa esse tempo: *Elpis* que significa confiança, esperança e fé, pautadas naquilo que já foi vivido (BRANDÃO, 2002).

Utilizando essas concepções de tempo, as quais se encaixam, perfeitamente, em nossa proposta de modelo, poderíamos dividir as fases ou etapas do cuidado espiritual, da seguinte forma: *Khronos* seria para nós a etapa que compreende desde a fase de pré-interação até a fase de orientação; *Kairós*, por sua vez, corresponderia à fase de identidades emergentes; *Aión* ou *Elpis*, a fase de término da relação de ajuda conforme propõe Travelbee (1979).

Ao propormos uma nova divisão e uma nova nomenclatura das etapas, queremos, na verdade, imprimir uma nova lógica de tempo, centrada no tempo do cuidado, ou seja, o *Kairós*. O tempo, portanto, que antecede e precede ao *Kairós*, fica subordinado a este. O *Khronos* seria o caminho para se chegar ao *Kairós*, e o *Aión* representaria a fase de experimentar o que foi proporcionado pelo encontro autêntico no *Kairós*. Por conseguinte, o *Kairós* seria para nós o tempo oportuno do cuidado, seria a finalidade de todo o cuidado espiritual, aqui representado pela relação de ajuda.

Silva (2004) e Santos (2010) fazem reflexões semelhantes em relação ao tempo e à concretização do cuidado na relação profissional/paciente. Ambas as autoras reconhecem no termo *Kairós* o momento da oportunidade e da efetivação da ação profissional. Também afirmam que esse tempo não deve ser desperdiçado, antes deve ser esgotado de tudo o que é possível extrair dele.

Com isso, fazemos uma correspondência direta entre o cuidado espiritual, as fases da relação de ajuda e as fases do próprio processo de enfermagem, conforme descrito no esquema:

³ *Kairós* é filho do terrível *Khronos* e está associado a todos os deuses, podendo ele mesmo representar os atributos de cada um (Ibidem).

⁴ *Aión* representa o desdobramento de *Khronos*, sua potência, sua força (Ibidem).



Figura 12. Relação entre processo de enfermagem, relação da ajuda e cuidado espiritual.

Somente na fase de pré-interação, na relação de ajuda, é que não há correspondência no processo de enfermagem. A fase *Khronos* do cuidado espiritual compreende as fases de pré-interação e orientação de Travelbee, referente ao histórico, ao diagnóstico e ao planejamento do processo de enfermagem. Tal representação esquemática serve para demonstrar que o modelo de cuidado proposto nesta tese segue o modelo já amplamente aceito pela enfermagem (KING, 1981; ALFARO-LEFEVRE, 1994; MELEIS, 2007).

As fases do cuidado espiritual apresentadas na figura 12, podem ser analisadas nas descrições das interações. Como já fora mencionado, a fase que chamamos *Kairós* é o foco do nosso cuidado. Para chegarmos a esse ponto, duas questões são importantes para serem respondidas: como chegar a essa fase? Como identificá-la? Como resposta a essas indagações, podemos afirmar que o cuidado espiritual acontece no encontro e perpassa todas as fases, culminando com o cumprimento dos objetivos. À medida que as histórias de vida vão sendo reveladas e os sentidos nelas contidos vão sendo desvelados, atinge-se o *Kairós*.

O cuidado espiritual configura-se na descoberta do sentido da vida e das situações vividas no aqui e agora. Durante as interações, é possível encontrar

momentos em que se desvelam alguns sentidos, que precisam ser identificados pelo paciente. Esse processo de busca e de encontro nada mais é que o itinerário do cuidado espiritual. O enfermeiro, por sua vez, favorece essa descoberta, ajudando para que isso ocorra de forma mais diligente para o paciente, de forma que este possa enfrentar e lidar com os sentimentos oriundos dessa descoberta.

O enfermeiro ajuda os pacientes a encontrar caminhos, em busca do sentido, utilizando, para isso, a comunicação, as histórias de vida, a música, as artes, a fé, a religião, as realizações pessoais, a vivência de sentimentos e o confronto de ideias e intenções. Esses caminhos são verdadeiros mapas para o sentido, mas precisam ser explorados e descobertos pelo paciente.

Frankl (1978) aponta que há um sentido incondicional na vida, em cada situação e mesmo um sentido último ou suprasentido para além da compreensão humana. Partindo desse pressuposto frankliano, chegamos a afirmar que, se nosso paciente descobrir o sentido de seu sofrimento, do seu adoecimento e, inclusive, de sua morte, como reforça Travelbee (1979), atinge-se um papel importantíssimo do enfermeiro no processo de cuidar espiritualmente. Porém, quando o enfermeiro ajuda seu paciente a descobrir o sentido da sua existência é que de fato e completamente alcança-se o cuidado espiritual.

Durante as interações, utilizamos alguns dispositivos citados anteriormente para chegar a aspectos essenciais no cuidado espiritual ou na descoberta do sentido. Podemos afirmar que as virtudes e os valores humanos são esses aspectos, sendo verdadeiros caminhos para o sentido da vida e das situações. Antes de os conhecermos, precisamos esclarecer o que chamamos virtudes e valores.

A palavra virtude vem do grego *aretê*, que representa inclinação ou disposição sempre para aquilo que é bom ou para o bem. Os grandes filósofos da Antiguidade trataram desse assunto detidamente, concebendo a virtude da seguinte forma: Sócrates (470-399 a.C) trata-a como o fim de toda atividade humana e própria desta; Platão (429-347 a.C.) classifica-a em quatro, que são a sabedoria, a fortaleza, a temperança e a justiça, sendo considerada como meio para alcançar a felicidade; Aristóteles (384-322 a. C.), como disposição permanente para o bem, repetição dos atos que geram o costume/hábito, considerando a justa medida ou a posição de equilíbrio (COTRIM, 2000).

Os valores, por sua vez, são os sentidos atribuídos ao mundo e às coisas do mundo, são o fundamento último da conduta humana, norteadoras das escolhas e da liberdade. Há valores universais e objetivos que fazem referência exatamente ao que Frankl (2005) propõe como valores geradores de sentido para vida e para as situações. Esses valores não devem ser encarados como criação do homem, pois já existiam antes deste. São, portanto, assimilados pelo homem dentro de seu contexto histórico e cultural (MATHEUS, 2002).

Fazendo relação entre virtudes e valores, podemos chegar a uma explicação simples dos dois conceitos: virtudes são as inclinações ou disposições humanas para o bem; valores são os sentidos ou os motivos para tal inclinação. Ambos precisam ser vistos e analisados dentro de uma perspectiva temporal, pessoal, familiar, histórica e social.

Chegamos, assim, ao entendimento de que as virtudes revelam os valores, e estes, os sentidos. Isso fica evidenciado, claramente, no conteúdo das interações, que passamos a analisar agora.

As diversas interações são reveladoras de vários valores, entre eles, os valores vivenciais. Esses valores são os proporcionados pelas vivências das relações entre pessoas e da beleza que existe no mundo, ou seja, são valores advindos da experiência, como presentes recebidos das oportunidades de encontro e de apreciação do belo.

Vemos nos trechos das interações alguns exemplos que demonstram, para os pacientes, como esses valores são fontes de sentido, fazendo a vida valer a pena e oferecendo motivos de reconhecimento e cumprimento de uma missão:

Enfermeiro: É do sofrimento que a senhora tem medo?

Paciente1: É, justamente. Passar pelo apanhado de morrer sem ar é muito ruim. E o que acho pior de tudo é ver meus filhos sofrerem.

Enfermeiro: A senhora fala de eles verem seu sofrimento?

Paciente1: Sim, não quero ver eles sofrendo por causa de mim.

Enfermeiro: Mas se fosse o contrário, se a senhora tivesse cuidando deles, como seria?

Paciente1: Talvez fosse pior, ver meus filhos doentes, seria mais sofrimento.

Enfermeiro: Mesmo sofrendo, a senhora deixaria de cuidar deles?

Paciente1: Não, de maneira nenhuma, não deixaria, não. Eu ficaria com eles.

Paciente2: Meu filho, é difícil, não é fácil, mas o que me ajuda é o amor dos meus filhos.

Enfermeiro: De que maneira esse amor ajuda?

Paciente2: Saber que não estou sozinha, que posso contar com eles (Choro) [...]

Enfermeiro: Falamos sobre suas lembranças e sobre sua vida. Como tem sido sua vida até aqui?

Paciente2: Muito sofrida, mas não deixa de ser boa. Gosto muito da minha vida.

Enfermeiro: O que a faz ser boa?

Paciente2: Ter meus filhos, saber que eles são tão bons. Essa daí (filha e acompanhante), não sei, que filha maravilhosa!

Enfermeiro: Realmente ela está sempre com a senhora, né?

Paciente2: É, Ave Maria. Ela só não tá aqui quando tem alguma coisa pra resolver, aí vem minha outra filha [...].

Paciente2: Tive outras lembranças. Minhas amizades, outras pessoas que eu amo (choro).

Enfermeiro: E o senhor tem sido ajudado?

Paciente3: Sim, já falei pra você. Desde que virei crente, minha vida se transformou [...]. Sou tranquilo, não é qualquer coisa que me abala, não. Olha, já passei por tantas coisa nessa vida, criei meus filhos, são todos adultos, tem suas famílias, vivem bem [...]. Só ter meus filhos no caminho do Senhor, serem pessoas do bem, já valeu. Mas tem outra coisa: mesmo antes de ser crente, sempre ensinei o caminho certo aos meus filhos. Eles sempre tiveram um exemplo dentro de casa, sempre mostrei a honestidade e o trabalho. Posso morrer a qualquer momento, sinto que estou preparado.

Os valores vivenciais percebidos no discurso dos pacientes têm na família e nos amigos a sua expressão. A partir do amor, como virtude humana, é possível se chegar aos valores vivenciais, demonstrados nos trechos acima. Vemos que os filhos são prova inequívoca do amor que motiva a vida, que a torna bela e se reverte de sentido.

Segundo Lukas (1990), a análise existencial considera a família como o centro gravitacional do amor, onde os membros estão juntos e são atraídos reciprocamente na alegria e na tristeza. É onde se fornece amparo e refúgio e se supre as necessidades uns dos outros. E todo esse amparo é feito pelos membros da família durante toda a vida, desde o nascimento até a morte. Por isso, vemos nos trechos sentimentos de gratidão, de proteção e de orgulho pela família e pelos filhos criados.

Frankl (1978) refere-se ao amor como virtude humana e o concebe como mais que a satisfação prazerosa do impulso sexual, elementar ou sublimado. O sentimento mostra-se como pertencente ao mundo, não centrado na pessoa que ama, mas na pessoa amada. Voltando aos trechos selecionados, constatamos que o amor demonstrado inclui o valor dado à pessoa amada, os filhos. A dedicação de uma vida aos filhos alimenta o próprio sentido da mesma, a partir de um amor genuíno, que se eleva acima dos próprios interesses e experimenta um enriquecimento interior que transcende a si mesmo.

Um filho, para Frankl (1973), é um verdadeiro milagre de amor porque, através dele, consoma-se o que é improvável e inconcebível, uma pessoa nova surge. Um outro ser, antes inexistente, entra na vida, existencialmente autônomo, possuindo um outro mistério que é o seu caráter único e irrepetível da existência. Os filhos são, para esses pacientes, experiências concretas de vida, motivação para viver e sobreviver, além de se tornarem uma apoio imprescindível a esses pacientes, em momentos tão difíceis e, muitas vezes, dolorosos, como no adoecimento.

Os valores vivenciais são proporcionados pelo encontro entre as pessoas, os quais deixam marcas indelévels em cada uma delas. Esses valores são importantes no que tange à busca de sentido, porque, através deles, experienciamos a beleza fundamental da vida e mantemos as forças necessárias da dimensão espiritual para encontrar sentido em outras áreas, que se mostram, também, ricas de possibilidades.

Na construção do modelo de cuidado espiritual, os valores vivenciais são encontrados especialmente em sua correspondente virtude, o amor. Nessa correspondência, o enfermeiro tem um caminho que poderá ajudar o paciente a encontrar o sentido da vida, e esse sentido, uma vez descoberto a partir dessa interface entre valor e virtude, constitui uma das chaves à concretização do cuidado espiritual.

Frankl (2005) afirma que há outra possibilidade de encontrar o sentido da vida, através dos valores criativos. Isso também podemos comprovar nas interações. As realizações durante a vida, o próprio trabalho ou uma missão a ser cumprida podem ilustrar a concretização de um sentido a partir dos valores de criação, conforme vemos nos trechos abaixo:

Enfermeiro: Há algo que marcou sua vida?'

Paciente1: Meu filho, minha casa. Quando meu marido morreu, fiquei sem nada, não tinha nada mesmo, nem casa. Trabalhei muito, e a maior vitória foi minha casinha. Trabalhei, consegui material, construímos no mutirão.

Enfermeiro: A senhora trabalhava?

Paciente1: Sim, eu era doméstica, trabalhava em casa de família, era bom trabalho eu gostava. [...]

Paciente1: Meu filho, já enfrentei tanta coisa, tanta luta, que agora só quero mesmo aproveitar o tempo que me resta com meus filhos. Fiquei viúva, morava de aluguel, criei meus filhos, me acho uma vencedora. Construí minha casa, pra que vitória maior? Só em ter meu cantinho...

Enfermeiro: A senhora avalia sua vida como boa, então? Apesar das dificuldades, qual a vitória maior?

Paciente1: Criar meus filhos, acho que foi... (choro). Tem vitória maior?

Enfermeiro: Sente falta de alguma coisa?

Paciente2: Da minha casa, de ir à igreja, de cantar na igreja.

Enfermeiro: A senhora gosta de cantar?

Paciente2: Gosto, mas depois que eu fiquei doente, não tive mais voz.

Enfermeiro: Qual a música que a senhora gosta mais de cantar?

Paciente2: O amor é o bem maior.

Enfermeiro: Ah! Eu conheço essa música, vamos cantar?

“o amor é o bem maior, riqueza de valor para o coração, o amor é eficaz e alegria traz tanta emoção...” Ah, eu não sei direito.

Paciente2: E eu também não!

Enfermeiro: Quando o senhor olha pra traz sente orgulho?

Paciente3: Sinto. Trabalhei muito, tudo o que tenho foi conseguido com trabalho, já ajudei meus filhos, hoje eles me ajudam. Eu não peço, mas eles querem... Nunca tive problema com isso, às vezes tinha mais, às vezes menos, e ia vivendo. Passei por poucas, já perdi minha esposa, a primeira, mas a vida é isso, a gente tem que se conformar com as coisas de Deus.

As realizações, por menores que sejam, trazem a perspectiva de um sentido, como pode ser percebido nos discursos dos pacientes, nos trechos aqui apresentados. A construção da casa, a criação dos filhos, o trabalho e mesmo as coisas mais simples, como o ato de cantar, são realizações que imprimem uma importância à vida dessas pessoas. Mesmo parecendo simples ou corriqueiro, têm um valor inestimável, a ponto de essas realizações serem lembradas e enumeradas como algo relevante em suas vidas.

Os valores criativos mostram caminhos de sentido e mobilizam as forças espirituais do ser humano. Esses atos de criação são investimentos que as pessoas fazem cotidianamente e que, envoltos nos valores vivenciais, trazem prazer e satisfação. Constituem-se a própria história de vida do paciente, mostrando-se como um ato de coragem, de firme determinação, de dedicação e de comprometimento, que contribuem para a construção diária dessas próprias realizações de vida e se tornam obras resistentes à sua transitoriedade.

Esses atos somente se tornam valores quando são colocados à disposição de outro ser, conforme percebido nas falas dos pacientes. O trabalho é, sempre, em prol de alguém ou de alguma coisa além deles próprios, tornando-se um ato transcendente. Para Boff (2002) e Vasconcelos (2006), o trabalho é o próprio exercício da espiritualidade humana. Frankl (2003) corrobora com essa afirmação, pois, para ele, os valores criativos inscrevem-se numa nota pessoal que se dá na dimensão espiritual por configurar-se em um ato livre e responsável.

Uma virtude humana relacionada aos valores criativos é a esperança, a qual não se alicerça em mentiras ou ilusões. Antes, é a disposição de acreditar que algo vai acontecer, por meio do qual será possível retomar a vida e realizar, ainda, algo

que precisa ser feito ou mesmo continuar realizando o que estava em curso. Podemos perceber isso no discurso dos pacientes quando fazem referência aos seus planos para o futuro:

Enfermeiro: A senhora já pensou como vai ser a vida agora?

Paciente1: Vou para a casa da minha filha, lá fica mais perto do CRIO e no final de semana, dou uma passadinha em casa, mas não tenho condições de fazer o que eu fazia. Agora vou ficar na casa de um e de outro, vai ser bom. Vou ser turista. Quero mesmo é ganhar uns dias. Minha mãe teve um câncer também e ainda durou 5 anos. Morreu de outra coisa, uma queda que levou. Minha nora teve um câncer também, até hoje vive sem nenhum problema. Quero viver e se Deus me levar estou preparada, me entreguei nas mãos de Deus.

Enfermeiro: Se entregar nas mãos de Deus ajuda a senhora?

Paciente1: Só ajuda. Ele sabe tudo e é isso, meu filho, tô fazendo tudo que precisa, aí é esperar em Deus.

Enfermeiro: E como vai ser a continuidade do tratamento?

Paciente2: Bom, quinta-feira tenho uma consulta no CRIO, o médico vai decidir se vou ou não fazer a quimioterapia. O Dr. X acha que é necessário, ele é meu médico que me acompanha desde o começo.

Enfermeiro: Quais seus planos agora que vai receber alta?

Paciente2: Quero chegar em casa, ficar no meu canto.

Enfermeiro: Há alguma coisa que quer fazer?

Paciente2: No momento, só ficar em casa. Ainda tô fraca, preciso criar forças, minhas pernas estão fracas, quase não me ponho em pé.

Enfermeiro: Quais seus planos agora?

Paciente3: Quero viver o que ainda me resta, não tô pensando em muita coisa não, se Deus me conceder mais uns anos, bem, se não, se Ele quiser me levar... pronto.

Enfermeiro: O senhor já sabe o que vai fazer quando chegar em casa?

Paciente3: Vou ver meus passarinhos, o sítio e meus filhos. Eles tão me esperando.

A esperança relaciona-se com os valores criativos por sempre indicar um ato ainda a realizar. É pautada no cotidiano e não necessariamente é a crença em algo, mas a espera em algo ou que algo aconteça. Como observamos nos trechos destacados, a esperança aparece como possibilidade de que algo bom possa acontecer. Podemos notar que não há grandes expectativas: os planos para o futuro são modestos e dentro de uma limitação imposta pelo adoecimento.

Os pacientes esperam que seja concedido, ainda, algum tempo de vida e o que irão fazer vai depender disso. Sabem de sua condição e das dificuldades que ainda enfrentarão com o tratamento e com a doença. O desejo de voltar ao seu lar é também a esperança, inclusive, de morrer junto dos seus, com a segurança e com o conforto que somente o ambiente familiar proporciona.

A energia espiritual que mantém esses pacientes vivos é a esperança. Por pior que sejam as situações, o desejo de viver e poder realizar a existência que se

tem, sem dúvida, é o combustível da vida. Os pacientes, por meio da esperança, encontram um significado para a vida, tanto em seu cotidiano como em seu adoecimento.

Em uma revisão sistemática sobre o tema, realizada por Cavaco et al. (2010), podemos afirmar que muitos autores concebem a esperança como um aspecto importantíssimo da existência humana e, por isso, um fenômeno a ser levado em consideração no que se refere à saúde e à qualidade de vida. Sem essa virtude, o homem sucumbiria, facilmente, às adversidades e entraria em um desespero que, tragicamente, teria na morte sua única alternativa de fim.

Frankl (1995) vê na esperança a força obstinadora do espírito humano que, face ao sofrimento, aponta sempre para uma saída. O homem que tem esperança, para esse autor, tem um poder de transcender e, assim, viver as realidades espirituais, sendo livre e responsável, buscando um sentido. O desespero seria, exatamente, a incapacidade de buscar e encontrar um sentido no sofrimento. Esperar algo, portanto, seria a disposição de acreditar nas possibilidades e, além disso, esperar que essa possibilidade se torne realidade.

O enfermeiro, conhecendo o poder e o papel da esperança na vida de seu paciente, incentiva e apoia essa inclinação, não incutindo falsos prognósticos ou reforçando suas ilusões. Antes, ajuda-o a ver o que está disponível e tenta buscar, junto com o paciente, as suas possibilidades. O fato de o paciente ter ou não esperança é um indício de que algo pode ou precisa ser feito, seja pela presença dela ou por sua ausência, visto que é através da ausência da esperança que a causa será identificada e que caminhos e possibilidades serão buscados. É na esperança, portanto, que se formata o cuidado espiritual.

Intimamente ligado à esperança, temos os valores atitudinais e a fé como virtude. Os valores atitudinais, tratados por Frankl (1973), são os extraídos das situações mais difíceis e dolorosas, por isso são considerados os mais importantes entre os três valores (vivenciais, criativos e atitudinais). Os outros valores podem estar ausentes, mas há sempre uma prerrogativa de se encontrar sentido nas situações difíceis. Em muitas interações, podemos observar esses valores. Seleccionamos alguns trechos que ilustram isso:

Paciente2: Aprendi muito, meu filho, eu sou muito diferente do que eu era antes. Me tornei mais paciente e calma, eu era muito nervosa, aperreada. Agora aprendi a esperar.

Enfermeiro: A senhora aprendeu a ser mais tranquila depois da doença?

Paciente2: Justamente. A gente aprende que não adianta se desesperar. É esperar primeiramente em Deus e depois nos médicos.

Enfermeiro: Esperar para a senhora é tranquilo agora?

Paciente2: É, porque não tem jeito, né? A gente acaba tendo que esperar, mas, para mim, eu estou mais calma. Antes, tudo era motivo pra ficar com medo. Agora, não.

Enfermeiro: Então a senhora descobriu um ganho nessa situação de doença?

Paciente2: É, por um lado, sim, por outro, essa doença é horrível.

Paciente3: Tô melhor, já quero voltar pra casa, poder ver minhas coisas. Tô até animado. Mas você sabe, tô pagando um preço.

Enfermeiro: Como assim?

Paciente3: Enfermeiro, quando eu casei de novo, depois que minha primeira esposa morreu, meus filhos ficaram tudo pr'acolé, não andavam na minha casa. Aí, quando adoeci, se você ver! Tão tudo se achegando, me ligam, querem saber como eu estou. Eu acho que tá valendo. Até os de São Paulo vieram pra me ver!

Enfermeiro: O senhor acha que a doença causou essa reaproximação?

Paciente3: Foi. É um preço que estou pagando.

Enfermeiro: E como o senhor avalia esse preço?

Paciente3: É muito alto, mas o Senhor me revelou em oração que eu passaria por isso. Só ter minha família reunida de novo! Minha casa foi restaurada e foi por causa disso tudo.

Enfermeiro: Para o senhor seu sofrimento tem um porquê?

Paciente3: Só tem! Veja bem, tinha um filho muito difícil, ele não gostava de mim, me culpava pela cegueira dele. Tentei de tudo pra ele ficar bom do problema nos olhos, mas não teve jeito, ficou cego dos dois olhos. Mas agora você acredita que ele me ligou e disse que eu tivesse fé em Deus que eu sairia dessa? Isso já vale a pena!

Os diálogos mostram que as situações adversas enfrentadas pelos pacientes podem trazer crescimento pessoal: a tolerância pode ser adquirida ou a harmonia familiar pode ser , como percebemos nos diálogos. Com efeito, o maior ganho, na verdade, é o sofrimento despertar outros sentimentos ou resgatar alguns que estavam estremecidos. No discurso dos pesquisados, percebemos a sublimação da dor, do sofrimento, das perdas físicas e emocionais transformando-se em sentimentos positivos, tais como amor, fé, reconquista afetiva, aceitação, resignação. Todos esses sentimentos positivos ajudam o paciente a passar pelo itinerário doloroso do tratamento e da doença, vislumbrando um *para quê* da situação e da vida.

Desse modo, o sofrimento deve ser visto, também, como ocasião indispensável para o enfermeiro intervir, ajudando o paciente a lidar com ele e até superá-lo. Os sofrimentos inevitáveis são os que proporcionam sentido à vida, exatamente pela sua impossibilidade de prevenção ou de se levar a termo. Essa avaliação conduz à busca de um sentido para os mesmos, podendo o enfermeiro favorecer essa busca pessoal.

Foi possível percebermos nas interações que o sofrimento está presente e nem sempre é vislumbrado como propiciador de sentido. Muitas vezes, ao invés de tentar extrair o sentido da situação, o paciente se fixa no próprio sofrer e não consegue perceber as alternativas que se mostram, muito menos consegue ter uma postura transcendente e elevar-se acima das situações difíceis. Também é provável que nem mesmo entenda seu sofrimento ou veja sentido de vida no modo em que se encontra. Nessas condições, cabe ao enfermeiro, enquanto cuidador holístico, assisti-lo, também, em suas necessidades espirituais. Assim fazendo, o profissional poderá ajudá-lo a expressar como se sente e a perceber o significado daquilo que está vivendo, auxiliando-o a buscar o sentido da vida.

Destacamos alguns trechos das interações enfermeiro-paciente em que buscamos trabalhar os sentimentos do paciente. Todavia, alertamos o leitor de que o primeiro depoimento já fora mencionado em outro momento desta tese. Sua repetição, portanto, não é aleatória, mas necessária, pois está articulada com o que pretendemos demonstrar: os sentimentos do paciente.

Enfermeiro: Tem alguma coisa que está angustiando a senhora?

Paciente1: Uns pensamentos bestas, de morte, de coisas ruins, mas procuro ocupar minha mente com outras coisas.

Enfermeiro: Pensar na morte angustia a senhora?

Paciente1: A morte nem tanto, porque a morte é o fim, acho que tenho medo da dor, da falta de ar.

Enfermeiro: É do sofrimento que a senhora tem medo?

Paciente1: É, justamente. Passar pelo apanhado de morrer sem ar é muito ruim. E o que acho pior de tudo é ver meus filhos sofrerem.

Enfermeiro: A senhora fala de eles verem seu sofrimento?

Paciente1: Sim, não quero ver eles sofrendo por causa de mim.

Enfermeiro: Como assim, desanimado?

Paciente3: Sei nem dizer. É como se nada mais tivesse importância. Eu tô aqui, não tem nada que me prenda. Antes eu ficava preocupado com minhas coisas, minha casa, eu nem passeava com minha esposa, para não deixar as coisas sozinhas. Se bem que agora eu sei que minha filha tá cuidando de tudo e preciso pensar só na minha saúde.

Enfermeiro: Senhor P3, há tempo pra tudo como o senhor mesmo sabe, a Bíblia diz. Hoje o senhor está assim, se permita sentir, não é bom que o senhor se faça de forte sempre. Há momentos que precisamos chorar, ficar calado, gritar...

Paciente3: É, eu sei, mas sempre fui um cara que nada me abalava.

Enfermeiro: Eu entendo, mas talvez o senhor nunca tenha passado por algo assim. É preciso aprender com as situações da vida.

Paciente3: Eu recebi a visita dos meus filhos que moram em Ubajara.

Enfermeiro: Eu sei, o senhor já tinha me dito. Como foi a visita?

Paciente3: Foi boa.

Enfermeiro: Isso deixou o senhor assim, meio triste?

Paciente3: Não, não tem nada a ver com isso. Fiquei assim de repente.

Enfermeiro: Durante seu tratamento, o senhor pode apresentar muitas mudanças, são muitas coisas, sentimentos... O senhor precisa entender que

esses momentos são difíceis e que a gente pode ter reações que não entendemos.

Paciente3: É, eu tô observando muita coisa e tô aprendendo muita coisa também.

Enfermeiro: Seu desânimo tem a ver com a doença e o tratamento?

Paciente3: Não sei, talvez. Fiz o exame e deu o que a gente pensava.

Paciente3: Estou cansado, por mim tava na minha casa. Eu acho que já vivi muito, são 75 anos e a morte pra mim é lucro.

Enfermeiro: Compreendo o que o senhor está sentindo, mas não desperdice a oportunidade de viver bem por mais algum tempo, toda essa situação de sofrimento pode acabar e o senhor tem a possibilidade de retomar sua vida.

Paciente3: É, Michell. É difícil...

Enfermeiro: Deve ser mesmo, senhor P3!
(Um breve silêncio)

O sofrimento, muitas vezes, é um convite à indiferença e à apatia, levando o paciente a crer que nada mais vale a pena. Sucumbir a isso parece ser a única saída, mas é preciso entender que esses sintomas são efeitos do sofrimento, muitas vezes, ainda sem sentido. À medida que se descobre um sentido, a vida e as situações adversas são atingidas por um senso de urgência, e aquilo que seria uma ameaça de destruição reverte-se em possibilidade de salvação.

Os valores atitudinais são vividos, exatamente, na exigência que cada situação traz. O homem, ao se posicionar de forma corajosa e decidida frente às situações mais penosas, ganha fôlego para enfrentar e passar por elas com um ganho pessoal incalculável. Essa atitude frente ao sofrimento revela a força obstinadora do espírito que a “Análise Existencial” concebe como um dos maiores valores humanos (LUKAS, 1989).

A força obstinadora do espírito é o que outros autores chamam de poder de transcendência do homem (VASCONCELOS, 2006; BOFF, 2000). O que torna o ser humano capaz de elevar-se acima do momento vivido é sua dimensão espiritual, através da liberdade de poder tomar uma atitude – apesar dos condicionamentos que a existência e as situações impõem – e da capacidade de assumir as consequências que isso traz. Nessa elevação, revela-se o verdadeiro exercício de espiritualidade.

O cuidado espiritual tem na descoberta do sentido seu objetivo maior e, por isso mesmo, o sofrimento do paciente é o foco e o desafio do enfermeiro, por acreditar que essas adversidades geram no homem uma tensão fecunda e, como diz Frankl (1973), revolucionária. Sucede dizer que o sofrimento tem um sentido imanente, mas somente percebido no transcendente.

Com efeito, a “Análise Existencial” traz o sofrimento, as necessidades, o destino e a morte como partes integrantes da vida. Do contrário, estar-se-ia destruindo o próprio sentido e tirando-lhe sua configuração, sua forma. Frankl (1973) deixa claro que é somente num autêntico suportar o sofrimento inevitável que se encontra uma fonte plena de sentido.

Para conseguir vivenciar os valores atitudinais, o homem lança mão de uma de suas virtudes, a fé. Determinadas ocasiões estão além da capacidade de compreensão. São situações tão difíceis que a racionalidade humana não dá conta. Nesses casos, a fé em algo, além de nós mesmos, faz todo sentido. A fé sempre apontará para um sentido maior, como denomina Frankl (1992), um suprasentido, que abrange a esperança e o amor, por confiar e esperar em algo.

Alguns trechos das interações por nós realizadas mostram a necessidade e a importância da fé para os sujeitos deste estudo:

Enfermeiro: A senhora acha importante a religião?

Paciente1: Acho né?! Aceitei Jesus, sou crente.

Enfermeiro: É? A senhora sentiu necessidade?

Paciente1: É quis aceitar, ficar mais próxima de Deus.

Enfermeiro: Por que a senhora quer ficar mais próxima de Deus?

Paciente1: Deus, meu filho, dá forças, nos ajuda.

Enfermeiro: Nós já cantamos uma música antes, que outra música a senhora gostaria de cantar?

Paciente2: Per’ainda, acho que do Pe. Reginaldo Manzoti, aquela que diz: “a tempestade vai passar, por sobre as ondas no mar eu andarei, tribulações eu vencerei, as aflições superarei, Deus provê, eu sei que proverá...”.

Enfermeiro: Linda, dona P2, muito bonita essa música! Ela tem a ver com as situações que a senhora enfrentou?

Paciente2: Acho que sim. É mesmo, essa música é linda e tem tudo a ver com a doença. Pena que não posso cantar.

Paciente3: Olhe bem: Deus tem o controle de tudo. Nada acontece sem o consentimento dele. Muitas vezes, nós não entendemos, mas ele sabe tudo.

Enfermeiro: O senhor disse que é evangélico. A sua igreja, a sua fé tem ajudado o senhor?

Paciente3: Deus, nosso pai lá de cima, é quem cuida da gente. Nós vivemos nesse mundo a graça dele. Olha, aceitei a Jesus faz muito tempo. Minha família é toda crente, minha esposa também era, a atual também. Se não fosse a fé, o que seria de mim? Às vezes, a gente quer desanimar, aí Deus fala no nosso ouvido aquilo que a gente precisa.

Percebemos que o núcleo central da mensagem dos pacientes não é somente Deus, nem é a religião como instituição, mas, especialmente, a fé, a qual se reverte de esperança e de amor, numa entrega total. Em última análise, a segurança proporcionada pela fé, de não entender nada e, mesmo assim, estar

bem, e o sentido da vida estar presente nisso, no incognoscível, proporciona um despojamento de tudo, inclusive da própria vida. Para os pacientes, a fé em um Deus que provê, que cuida e comanda é o sentido por si mesmo: a primeira e a última forma de se agarrar à vida e não sucumbir ao desespero, à solidão, ao sofrimento e à iminência de morte.

Valle (2005) refere-se ao fato de que, antes mesmo de sermos religiosos, procuramos um sentido para nós mesmos e que o homem, ao tentar entender a vida, o tempo e o universo, depara-se com o mistério e o inefável, obrigando-o a calar e, humildemente, tentar empreender caminhos espirituais que deem conta de suas demandas, primordialmente através da fé.

Para esse mesmo autor, a fé deve ser entendida em seu sentido original: do grego *Pistis* e *Pisteuo*, quer dizer “eu assumo”, “eu confio”, “coloco meu coração”, “empenho minha fidelidade”. Ela, a fé, jamais poderia ser desvinculada ou separada da vida. É ela que dá propósito para as lutas e as esperanças, para o pensar e o agir. É uma forma ativa de ser e de se comprometer. É também uma forma de conhecermos e modelarmos nossas experiências, que estão ligadas às relações. Na fé, sempre há um outro.

Vasconcelos (2006) afirma que a espiritualidade vivenciada através da religião ou da fé pressupõe um conhecimento dos próprios limites e possibilidades, não sendo um ato de simples resignação e, sim, de uma atitude corajosa e humilde de alguém que sabe que sua vida está voltada para um ser mais, um partilhar mais, um desprender-se.

Para Frankl (1992), a religião é a consciência de que o homem possui uma dimensão sobre-humana. Ao ver-se como ser no mundo, vislumbra o infinito e isso o faz cheio de fé na vida e em seu sentido último. O homem que tem fé é o que ouve a voz da consciência e, ao atender ao falado, experimenta a oportunidade de alguém que lhe fala no diálogo mais íntimo com sua consciência. Seu Deus é o interlocutor que o acompanha.

A fé para os pacientes deste estudo não é algo abstrato ou subjetivo, mas uma realidade viva, concreta, existente e deles conhecida, ajudando-os inquestionavelmente. Frankl (1973) concebe a fé como criadora. Esta, brotando da interioridade, torna o Homem mais forte. Assim, não há, em última instância, nada sem sentido, nada pode ser inútil, nem mesmo o sofrimento e a morte.

Chegamos portanto, ao clímax do desenvolvimento do cuidado espiritual. Ao encontrarmos, nas interações realizadas, aspectos importantes da espiritualidade humana, encontramos neles, também, caminhos que nos levam ao sentido da vida. Os valores e as virtudes reveladas no encontro entre o enfermeiro e o paciente, formados, ambos, de três possibilidades, dão origem a duas figuras triangulares, como vemos a seguir:

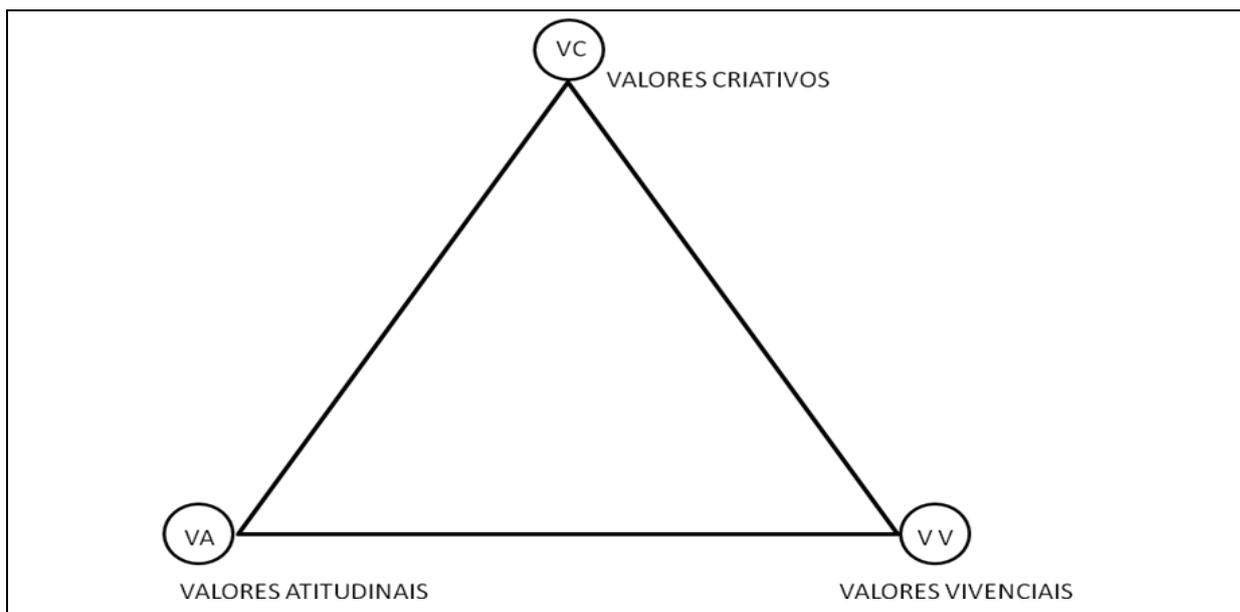


Figura 13. Valores propiciadores de sentido

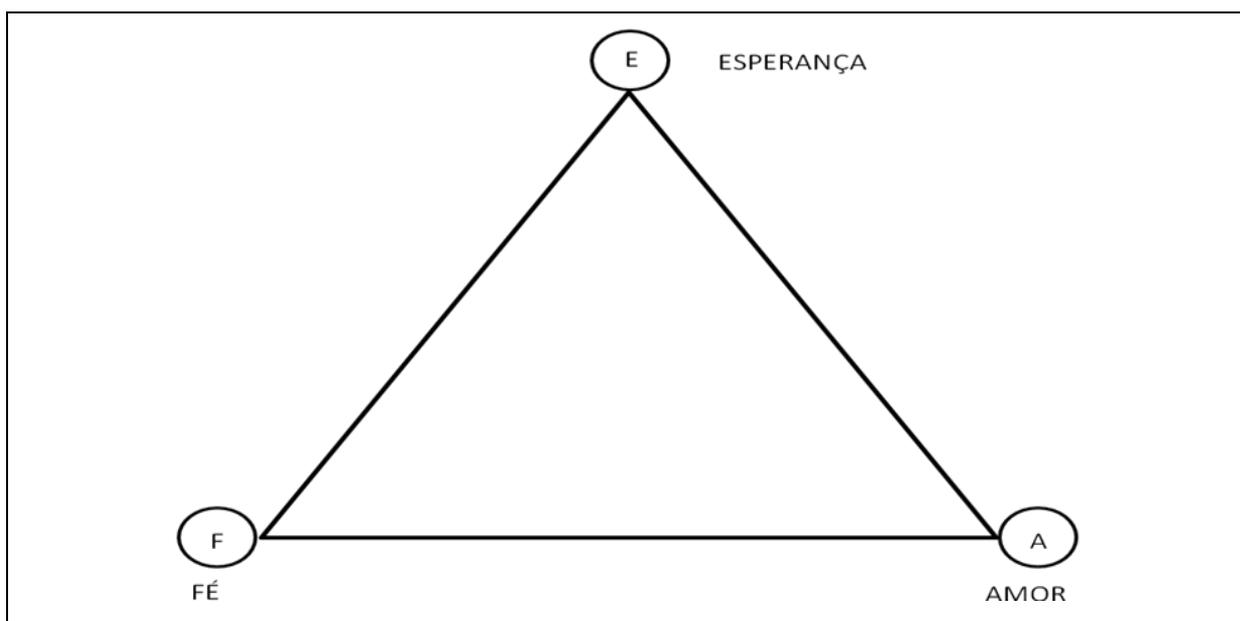


Figura 14. Virtudes reveladoras de valores

Como vimos, as virtudes revelam valores, e estes, por sua vez, propiciam a descoberta de sentido, como fizemos nas apresentações e nas análises desses dois constructos. Suas correspondências formam o que podemos considerar o mapa do sentido da vida, conforme apresentado na figura 15:

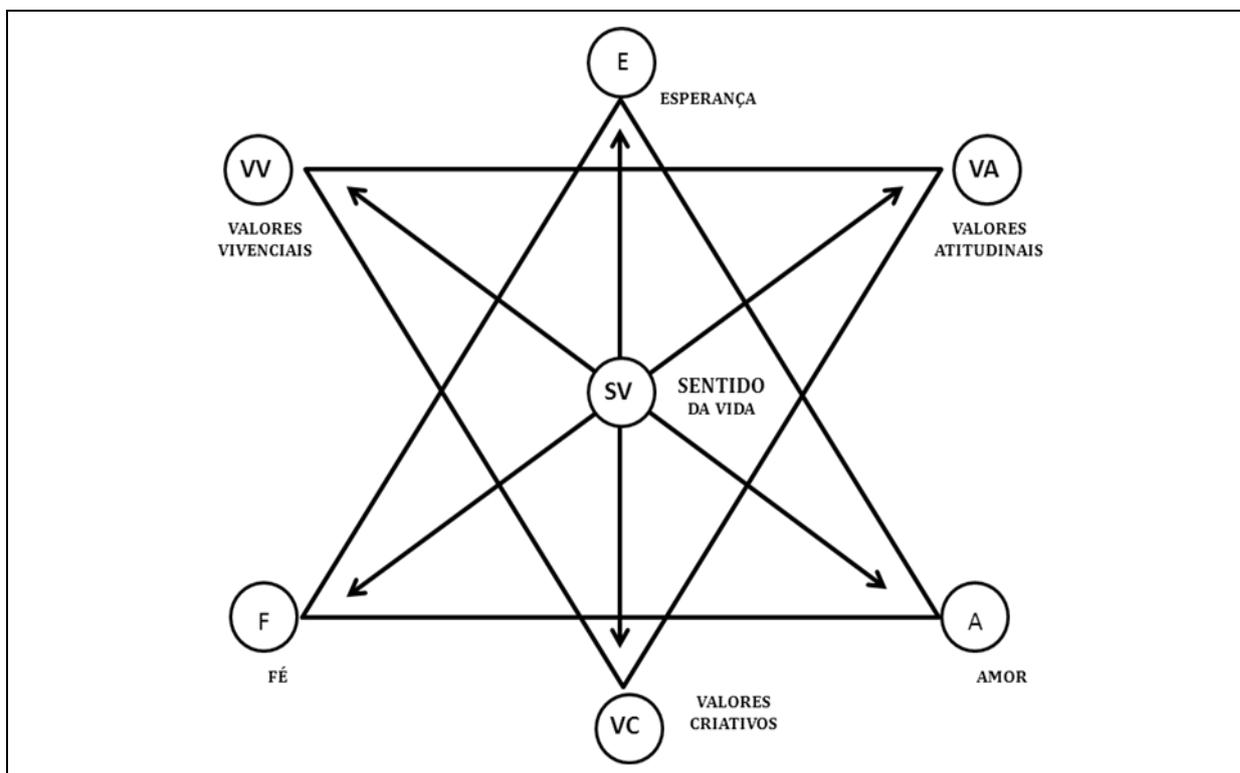


Figura 15. Esquema gráfico representativo do sentido da vida

Tanto os valores como as virtudes são caminhos seguros para se chegar ao sentido da vida. O enfermeiro, no desenvolvimento da relação de ajuda, perscruta com o paciente sua história de vida e suas formas de responder às aguilhoadas do destino, identificando que indicações apontam para o sentido. Os valores – que correspondem às virtudes e vice-versa – estão ligados e podem nos levar a descobrir o sentido da vida. O amor está ligado aos valores vivenciais, a fé liga-se aos valores atitudinais, e a esperança aos valores criativos.

Consideramos no esquema ou mapa, da figura 15, criado por nós, a importância do cuidado espiritual para o enfermeiro, uma questão de orientação assistencial. Todavia, alertamos que a questão do sentido deve ser suscitada apenas pelo paciente, como uma demanda trazida por ele. Cabe ao enfermeiro deixar emergir os valores, as virtudes e a busca de sentido, não podendo induzir ou fazer alusão a eles. Aprendemos isso no transcurso do cuidado espiritual. Esses

conteúdos surgem naturalmente e, quando aparecem, o enfermeiro utiliza-os para compreender a situação e para ajudar o paciente a descobrir o sentido que pode estar oculto no conteúdo trazido por ele.

Os caminhos apontados pelo mapa do sentido da vida, verdadeiramente, são caminhos de transcendência. Os valores e as virtudes sempre se realizam na capacidade do homem de elevar-se acima de si mesmo, ultrapassando o espaço e o tempo vivido, chega naquilo que vale a pena: viver, amar, realizar, sofrer e morrer.

O tempo do cuidado espiritual não poderia ser outro senão o *Kairós* (fase de busca). Até o enfermeiro conseguir realizar um traçado indicativo do sentido, ou o paciente passar a vê-lo, a fase do cuidado espiritual é o *Khronos* (fase de construção). Após serem trabalhadas todas as possibilidades para a descoberta do sentido, e o paciente começar a vislumbrar o sentido da situação vivida e da própria vida, entra-se no *Kairós*. Depois disso, inicia-se o *Aión* (fase de integração), que seria o tempo da esperança, em que o paciente vai integrar o que conseguiu na relação enfermeiro/paciente. O *Aión* é a fase em que ocorre a culminância do cuidado espiritual, seja pela alta hospitalar, pela transferência ou pelo óbito.

5.3 A culminância do cuidado espiritual

A culminância do cuidado espiritual constitui o momento da avaliação do processo a partir dos próprios pacientes e da análise dos comentários feitos na ficha de registro durante as interações. Por tratar de uma pesquisa-cuidado, este estudo possibilita que nessa fase – a culminância – ocorra a avaliação tanto do cuidado como também do processo de pesquisa. A fase de *Aión*, parte integrante do cuidado espiritual, tem equivalência com a fase de término da relação de ajuda de Travelbee e com a fase de evolução do processo de enfermagem, como apresentado na figura 12.

Assim como na relação de ajuda, o término no cuidado espiritual precisa ser preparado desde seu início. Devido à dinâmica hospitalar, o processo de cuidar ocorre em função do tratamento médico, estando relacionado [1] à alta hospitalar, [2] às transferências entre as instituições de saúde e [3] aos procedimentos diagnósticos/terapêuticos. Os três fatores são determinados por decisões clínicas ou administrativas. Tudo isso interfere na prestação do cuidado e precisa ser levado em consideração ao se desenvolver o cuidado espiritual. O término, deste modo, deve

ser trabalhado tão logo se estabeleça a relação e durante todo o processo de cuidado espiritual.

Como já descrito, o termo *Aión/Elpis* representa o tempo de revisitar a própria história, o período da relação de ajuda e contabilização dos ganhos resultantes das trocas entre paciente/enfermeiro. É mais provável que a análise feita pelo paciente dessa fase aconteça na sua saída do hospital ou próximo a ela, seja por que razão for. Essa fase caracteriza-se pela esperança em que algo bom ocorra, mesmo que seja a morte em casa. O retorno ao lar, talvez, seja a grande esperança do paciente. O ambiente hospitalar, mesmo com todos os cuidados disponíveis, nem de perto consegue apagar o desejo de estar novamente junto dos seus. Prova disso são os relatos colhidos abaixo:

Paciente1: Para mim, foi maravilhoso! Só ter alguém pra conversar, desabafar e chorar. Essas conversas me ajudaram muito a pensar na minha situação, ficava pensando... Só tenho a agradecer a você [...].

Paciente2: Ora, meu filho, foi muito bom. Saber que tem uma pessoa que cuida da gente e que quer saber como a gente tá e se interessa pelas coisas que a gente conta. Ficava perguntando quando era que você viria, minha filha também. Tirava uma folga e perguntava logo: “o Dr. veio”? “Conversou com a mamãe?”.

Paciente3: Tá muito bom! Só a gente conversar, tirar as dúvidas; assim como você explicou da última vez. Aqui é muito difícil. A gente tem que conviver com um monte de gente diferente, os funcionários, às vezes, não são tão atenciosos. Tenho pra mim que essas conversas com você foi importante. A gente aqui fica perdido, desnorteado, e, com as conversas, a gente fica mais tranquilo.

As virtudes reveladas pelos pacientes foram importantes e reforçadas, para demonstrar os valores imbricados nelas. O movimento de descoberta de conteúdos dos próprios pacientes foi imprescindível para o cuidado e, uma vez realizado, ressoa mesmo muito tempo depois.

O tempo cíclico e de esperança, próprio dessa fase, segue até a despedida. A espera por algo novo é a autêntica atitude de coragem e disposição para extrair da vida seu melhor. Quando, no cuidado espiritual, trabalha-se a perspectiva de busca e de encontro do sentido, o paciente tem maiores chances de estar integrado. Essa fase pode ser curta ou demorada, mas, como é-lhe peculiar, os conteúdos abordados são revisitados e reelaborados.

Constatamos os efeitos do cuidado espiritual nas considerações feitas pelos pacientes. A presença da esperança, a fé em algo maior, o amor que sustenta e

alivia a dor, as vitórias e realizações, o enfrentamento e a superação do sofrimento são sentimentos presentes na vida e buscados através do cuidado com esses pacientes.

No decorrer das interações, os comentários que fizemos nas fichas de registros são, também, constatações dos efeitos desse cuidado, conforme lemos em alguns desses comentários:

Percebi a relação terapêutica estabelecida pelo grau de confiança e pela satisfação no encontro, demonstrado pela paciente. O encontro é aguardado como forma de expressar os sentimentos, principalmente a angústia da doença, do tratamento e do receio do sofrimento dos filhos (Comentário do 4º Encontro sobre a P1).

A comunicação continuou sendo satisfatória pelos mesmos motivos citados no encontro anterior. Posso destacar que a forma como a paciente descreve o cuidado, a interação é algo importante para a compreensão da relação de ajuda e seus efeitos. Os laços afetivos, a comunicação franca e terapêutica merecem também destaque especialmente no cuidado espiritual (Comentário do 7º Encontro sobre a P2).

Esse encontro foi importante, pois colocou em xeque o que o próprio paciente havia dito sobre o sentido do sofrimento. Percebi que até o momento, o paciente não havia sofrido tanto, nem mesmo quando relatou duas crises de dispneia intensa, a primeira quando vinha do interior para o internamento, e a segunda, vindo do CRIO. Esse encontro também foi um teste à relação de ajuda, visto que o paciente teve a confiança de relatar um suposto complô entre sua esposa e sua médica assistente em quererem deixá-lo internado por mais algum tempo (Comentário do 7º Encontro sobre o P3).

Os vínculos entre enfermeiro/paciente foram aprofundados e, aos poucos, a equipe começou a fazer certa referência a nós, em relação aos cuidados desses pacientes. As relações entre os pacientes e a equipe foram melhoradas, a partir da socialização dos sentimentos destes, no que tange ao ambiente hospitalar e suas relações interpessoais.

Durante todo o processo de cuidado espiritual, os acompanhantes estiveram sempre presentes, mesmos que nos bastidores. Muitas vezes, eram solicitados que nos deixassem a sós. Outras vezes, depois das interações, perguntavam sobre alguma coisa relacionada ao parente. Outros estiveram presentes ativamente, ajudando-nos na comunicação, pela dificuldade de uma paciente, que se encontrava traqueostomizada. De qualquer forma, o acompanhante deve ser incluído, considerando-se sua importância para a adaptação a determinadas situações impostas pelo adoecimento e pelo internamento.

Como o cuidado espiritual está pautado na relação enfermeiro/paciente, incluímos somente nessa última fase o acompanhante e o fizemos por entendemos que a relação de ajuda pode sofrer alguma interferência pela presença de outra pessoa e é possível que, dependendo do agravamento do estado geral do paciente, o cuidado seja ampliado, também, aos familiares. Levar isso em consideração é importante por ser um direito do paciente de ver incluído em seus cuidados o apoio da sua família (OMS, 2002).

Apresentamos essa última fase por meio de uma figura triangular, em que estão presentes o paciente, o enfermeiro, o acompanhante e o desfecho da relação de ajuda.

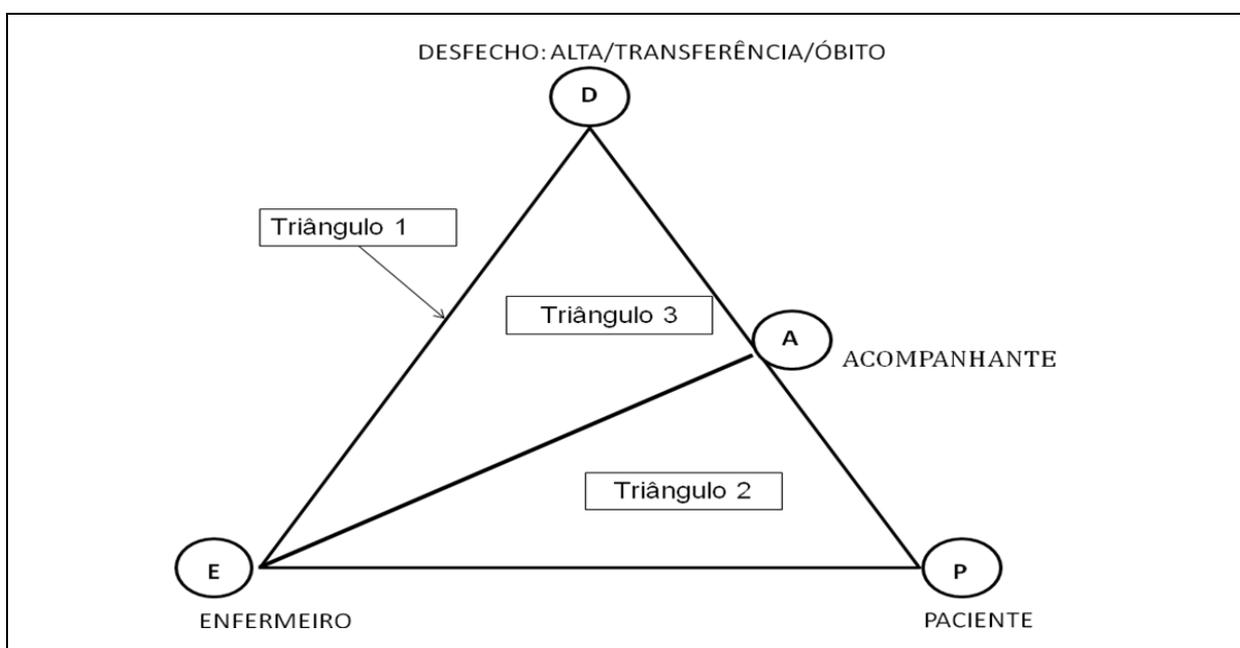


Figura 16. Representação da fase de *Aión/Elpis* do cuidado espiritual

A figura 16 representa a última fase do cuidado espiritual, com a inclusão do acompanhante, mostrando e lembrando que essa fase de *Aión/Elpis* é o momento especificamente importante para trabalhar a confiança, a esperança, a fé e o amor não somente do paciente, mas da família também. É atribuição do enfermeiro nos cuidados paliativos esse apoio e cuidado ao familiar do paciente, assegurando um cuidado integral e um respeito ao paciente, mesmo após sua morte.

A representação triangular primária dessa fase é a estabelecida entre o paciente, o enfermeiro e o desfecho (Triângulo 1), mas que durante o cuidado espiritual, por vezes é necessária a ajuda ao acompanhante/familiar, criando um

outro triângulo, agora entre o enfermeiro, o paciente e o acompanhante (Triângulo 2). Os cuidados, as orientações e as recomendações passam a ser direcionados também para o acompanhante – isso não é específico dessa fase e ocorre sempre que essa triangulação existir.

Pelo fato de trabalharmos com pacientes terminais, as circunstâncias e o estado geral da pessoa assistida avisam que o processo de morte/morrer se instalou irreversivelmente e, dependendo do estado de consciência do paciente, a interação enfermeiro/paciente pode ou não continuar. Se não for possível, a partir desse momento, o triângulo agora formado é entre o enfermeiro, o acompanhante/familiar e o desfecho (Triângulo 3). Os cuidados ao paciente são assegurados, mas, agora, somente na ordem da dimensão físico-biológica; o acesso às outras dimensões fica restrito e o cuidado de enfermagem passa a abranger a família.

Não tivemos que enfrentar essa situação, pois todos os pacientes receberam alta hospitalar ou foram transferidos, mesmo que para morrerem em suas residências. O modelo de cuidado aqui proposto contempla essa possibilidade, por ser comum na realidade do hospital onde foi realizado o estudo e para lembrar da importância da inclusão da família no processo de cuidar realizado pelo enfermeiro.

A culminância do cuidado espiritual ocorre quando passamos e cumprimos todas as fases: *Khronos*, *Kairós* e *Aión*. Nem sempre é possível o paciente vivenciar todas as fases, devido à dinâmica hospitalar, já comentada, ou mesmo por sua morte. Mas o simples estabelecimento da relação de ajuda pode significar um cuidado de enfermagem diferenciado, possibilitando o aprofundamento dos vínculos e um cuidado mais individualizado e humanizado, mesmo que não tenha a espiritualidade como foco de ação direta e explicitamente.

A PRODUÇÃO: UM MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL

“O amor é o bem maior riqueza de valor, para o coração. O amor é eficaz, e alegria traz grande emoção. O amor é o bem maior é algo a encontrar, é jóia de valor que a vida faz mudar. O amor inspiração, na vida uma canção. O amor!”.

(Pe. Zezinho)

6 A PRODUÇÃO: UM MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL

A Enfermagem, enquanto ciência, constrói suas próprias formas de conceber, sistematizar e articular seu principal objeto de estudo, o cuidado do ser humano. O avanço de uma ciência acontece quando, refletindo sobre a realidade, são concebidos caminhos para um dado fenômeno e elaboradas propostas teóricas ou práticas a partir desses novos constructos.

Foi a partir da década de 50, do século passado, que a Enfermagem desenvolveu a maior parte de suas teorias e construiu seu conhecimento próprio. As diversas formas de como a Enfermagem realiza o cuidado estão pautadas na sua sistematização, fruto de um processo de construção do conhecimento. Os modelos de cuidado se inserem nessa construção e são compreendidos como uma estrutura formada por um referencial teórico, que estabelece suas bases conceituais, e uma descrição do método de realização do cuidado.

A estrutura e a classificação desse conhecimento são organizadas por seu poder de abstração e definidas nessa sequência decrescente: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos. As teorias são derivadas de modelos conceituais, sendo que o modelo conceitual representa a visão global da razão de estudo (FAWCETT, 2005).

Para Meleis (2007), as teorias são classificadas quanto ao nível de abstração, podendo ser divididas da seguinte forma: Grandes Teorias (construção teórica de forma sistematizada sobre a Enfermagem, sua missão e seus objetivos); Médias Teorias (menos abrangentes, tratam de construções específicas e refletem sobre a prática); Teorias de Situação Específica (tem um foco limitado e específico, tanto em sua prática clínica, como em sua população e prática). Estas últimas são, também, classificadas conforme seus objetivos e podem ser descritivas (descrevem os fenômenos e suas relações) e prescritivas (descrevem as intervenções de enfermagem e suas diretrizes).

Os modelos de cuidado ocupam um espaço nas diversas possibilidades de construção de conhecimento, possuindo um nível de abstração inferior ao de uma teoria. Por ter sua base sustentada, exatamente, em outras teorias, possui um suporte filosófico e teórico que norteia sua sistematização. Esses modelos encontram-se no nível de abstração entre as teorias e os indicadores empíricos, por

serem formados por um marco teórico e uma metodologia própria (ROCHA et al, 2008).

Rocha et al. (2008) consideram, também, que os modelos de cuidado são úteis porque selecionam conceitos, relacionam-se entre si e criam representações para o fenômeno estudado. São uma representação esquemática de certos aspectos da realidade e oferecem uma explicação observável dos elementos que integram uma teoria. Sua elaboração e sua aplicação são um modo de fazer o cuidado, uma ação que se estrutura em uma sequência, com etapas e requisitos que sistematizam e orientam esse cuidado.

Essa representação não deve ser encarada como uma estrutura rígida e tampouco linear, mas precisa ser vista como indicativo de um caminho que leva ao cuidado. As adaptações são necessárias e revelam o caráter flexível desse tipo de construção, o qual considera tanto o cuidador como o ser cuidado. Além disso, as adaptações tornam esse fazer como um algo específico, direcionado, que tem como objetivo aprimorar, constantemente, o cuidado.

O modelo de cuidado de Enfermagem fundamenta-se filosoficamente e se sustenta em uma metodologia que orienta as ações de cuidado e em uma estrutura de pressupostos teóricos relacionados com conceitos básicos. Segundo Carraro (2001), os principais conceitos básicos são Enfermagem, meio ambiente, ser humano e saúde. Contudo, outros conceitos podem ser elaborados, se houver necessidade, para uma melhor compreensão da proposta. A elaboração de outros conceitos tem como objetivo direcionar, a partir de uma ou mais teorias, o processo de cuidado de Enfermagem.

Nossa proposta de um modelo de cuidado espiritual está alicerçada, teoricamente, na “Análise Existencial” e na “Relação de Ajuda”, tendo sua base empírica nos dados produzidos na pesquisa-cuidado por nós desenvolvida. Os pressupostos deste modelo servem para expressar e organizar nossos pensamentos, além de constituírem parte integrante do nosso marco referencial. São dezessete ao todo, como apresentamos a seguir:

1. Há um sentido incondicional na vida e em cada situação vivida;
2. Ser saudável é também descobrir o sentido da vida;
3. O homem é único antropologicamente falando, mas possui três dimensões ontológicas: física, psíquica e espiritual;

4. Um dos papéis fundamentais do enfermeiro é ajudar seu paciente a buscar e a descobrir não somente o sentido de seu sofrimento, mas, sobretudo, o sentido da sua existência;
5. O enfermeiro acessa a dimensão espiritual do paciente por meio das outras dimensões e o faz mais facilmente pela dimensão física;
6. O cuidado espiritual de Enfermagem deve contemplar as demandas das três dimensões humanas, mas tem como foco central a busca e a descoberta do sentido da vida do paciente;
7. O cuidado espiritual nunca é paliativo, pois não tem como objetivo a cura somente, mas, sobretudo, a promoção da vida e da saúde, diferentemente do tratamento médico, o qual tanto pode ser tanto curativo como paliativo;
8. O cuidado espiritual somente acontece no desenvolvimento da relação de ajuda entre paciente/enfermeiro;
9. A relação de ajuda acontece em uma configuração diferente, no tocante às fases e ao tempo, no ambiente de um hospital clínico, não psiquiátrico;
10. O paciente apresenta três demandas ao cuidado de Enfermagem: [1] os sintomas; [2] os sentimentos em relação a ele mesmo e ao mundo; [3] os questionamentos existenciais;
11. Em relação à espiritualidade, o paciente pode ser classificado como: [1] Integrado – se descobriu o sentido da vida; [2] Confuso – se não consegue ou tem dúvidas sobre o sentido da vida; [3] Desesperado – acha que não há um sentido ou se sente incapaz de encontrá-lo;
12. O enfermeiro oferece ao paciente sua competência profissional, por meio da comunicação terapêutica, da escuta terapêutica e da realização de técnicas e procedimentos;
13. As virtudes humanas (amor, esperança e fé) e os valores humanos (vivenciais, criativos e atitudinais) relacionam-se como caminhos seguros à busca e à descoberta do sentido da vida;
14. O ambiente hospitalar é estranho e, muitas vezes, hostil ao paciente;
15. O enfermeiro deve tornar o ambiente hospitalar o menos agressivo possível e propício para o cuidado espiritual;
16. O acompanhante/familiar deve ser inserido no cuidado ao paciente, como parte integrante do cuidado espiritual;

17.A morte do paciente em fase terminal não é o inimigo a ser combatido pelo enfermeiro, mas, sim, o seu desespero, advindo da falta de sentido da vida.

Estes pressupostos são base para entendermos tanto o ser humano, como o processo saúde/doença, a enfermagem, o ambiente hospitalar e o cuidado espiritual. A partir das aproximações realizadas por meio dos pressupostos, é possível conceituar cada elemento citado e juntos formarem o arcabouço do modelo proposto.

Os conceitos são partes integrantes de um modelo de cuidado, construídos a partir dos pressupostos aqui apresentados e também mediados pelo referencial teórico escolhido. Segundo Meleis (2007) e Carraro (2001), os conceitos fundamentais para um modelo de cuidado são os seguintes: ser humano, processo saúde/doença, Enfermagem e ambiente. Acrescentamos o conceito “cuidado espiritual” para dar ênfase e direcionar o processo de cuidado, conforme recomenda essas mesmas autoras.

Ser humano: Ser tridimensional (físico, psíquico, espiritual), indivisível, único e irrepetível. É diferente de todos os outros seres vivos, por sua dimensão espiritual, caracterizada pela liberdade, pela responsabilidade e pela vontade de sentido. É um ser condicionado pelas dimensões físicas e psíquicas, que encontra nas características espirituais a possibilidade de enfrentar a si mesmo e encontrar um sentido. É ser para o mundo, que encontra a plena realização, não em si mesmo, mas a partir de suas virtudes e de seus valores, na relação com outros seres humanos, e o faz amando alguém ou alguma coisa, realizando algo e enfrentando seus sofrimentos. É ser finito e, por isso, busca um sentido último para a existência e utiliza a fé e a religiosidade como forma de compreender aquilo que é incompreensível naturalmente. Particularmente em nosso estudo, o ser humano que cuidamos é um ser marcado pela dor e pelo sofrimento, que se encontra ameaçado em sua integridade tridimensional e depara-se com a possibilidade concreta de morte. Em relação ao sentido da vida e à dimensão espiritual, o ser humano pode ser classificado como: Integrado, se descobriu o sentido; Confuso, se não sabe determinar ou tem dúvidas sobre o sentido; Desesperado, se acha que não há um sentido ou se sente incapaz de encontrá-lo.

Processo saúde/doença: Processo dinâmico, multifacetado, relacionado às dimensões físicas, psíquicas, ambientais e socio-culturais. Esse processo encontra na dimensão espiritual a única instância sempre saudável e intocável pelo

adoecimento, visto que há um sentido incondicional na vida e essa condição não se perde ou nunca acaba. Saúde seria, portanto, a integridade físico-psíquico-espiritual e, em última análise, alcançada plenamente na descoberta e na vivência do sentido da vida. Doença ou agravo seria a ameaça ou perda da integridade psicofísica e a falta temporária do sentido da vida. No entanto, pode ser uma situação rica de significado e, paradoxalmente, pode levar a uma saúde e a uma vida mais plenas, ao passo que mobiliza, através do sofrimento, as forças do espírito humano para ressignificar a própria existência.

Enfermagem: Profissão legalmente reconhecida que tem no cuidado do ser humano a sua ação, articulada entre arte e ciência, para a promoção da vida, a manutenção e a recuperação da saúde e, ainda, a prevenção de doenças. É uma arte porque lida com o ser humano. O enfermeiro precisa, sempre, modificar, inovar e superar o que faz cotidianamente. Esse profissional utiliza para isso sua totalidade tridimensional, presente na força e vitalidade, no toque, na presença, na afetividade, na criatividade, na intuição e na transcendência, características que lhe são próprias. A Enfermagem é uma ciência porque é detentora e produtora de conhecimentos teóricos e práticos, sistematizados e validados por seu fazer que utiliza o método científico, pautado em observação, dedução, intervenção e avaliação. A articulação entre arte e ciência na Enfermagem é como se estrutura a sua competência profissional, expressa em seus conhecimentos, em suas habilidades e em suas atitudes, a fim de contemplar em sua atuação as dimensões humanas.

Ambiente: Espaço geográfico ou contexto sócio-histórico onde o ser humano vive, relaciona-se e expressa-se. É o lugar no mundo onde a vida acontece. O ambiente, como sistema dinâmico, influencia e sofre influência dos seres humanos, podendo contribuir ou prejudicar a saúde. O ambiente hospitalar deveria ser espaço privilegiado do cuidado e da recuperação da saúde. No entanto, é percebido pelo paciente como estranho, hostil e, muitas vezes, agressivo, por impor normas, rotinas e procedimentos que não consideram seus hábitos e sua cultura. O enfermeiro tem um papel importantíssimo nesse ínterim, necessitando tornar o ambiente o mais acolhedor e confortável possível, para contribuir com a saúde e assegurar o respeito e a dignidade dos pacientes.

Cuidado espiritual: Ato consciente, intencional, que promove a vida, mantém e recupera a saúde e previne as doenças. É um cuidado que somente se concretiza na relação de ajuda enfermeiro/paciente, por isso, muitas vezes, é colocado como

sinônimo dessa relação de ajuda. Contempla e responde às demandas e necessidades das três dimensões humanas, mas tem como foco central a busca e a descoberta do sentido da vida, para uma realização plena e para o fim do desespero. Encontra na própria história de vida do paciente elementos que servirão ao cuidado espiritual. O enfermeiro, ao cuidar do ser humano, o faz em sua totalidade tridimensional e em sua unidade antropológica. Por sua convenção histórica no cuidado com o corpo do paciente, utiliza em seu favor o vínculo e a intimidade proporcionados por essa proximidade, para ter acesso às dimensões mais profundas e atingir a espiritual. Considera o ambiente e o acompanhante/familiar como integrantes desse cuidado, assegura-os em todas as situações, inclusive e, mais veementemente, no processo de morte/morrer. O cuidado espiritual é sempre perene e necessário, nunca dispensável, seja quais forem as circunstâncias.

O modelo de cuidado, aqui proposto, segue uma metodologia própria, estruturado em três etapas, correspondentes às quatro fases da relação da ajuda de Travelbee e às cinco do processo de Enfermagem, com adaptações do contexto onde está inserido e do que se pretende alcançar em cada etapa. Por se tratar de um modelo, elaboramos um diagrama que representa a produção como proposta de cuidado espiritual, seguido da descrição de suas etapas, de seus passos e de seus objetivos, além dos elementos imprescindíveis ao cuidado espiritual.

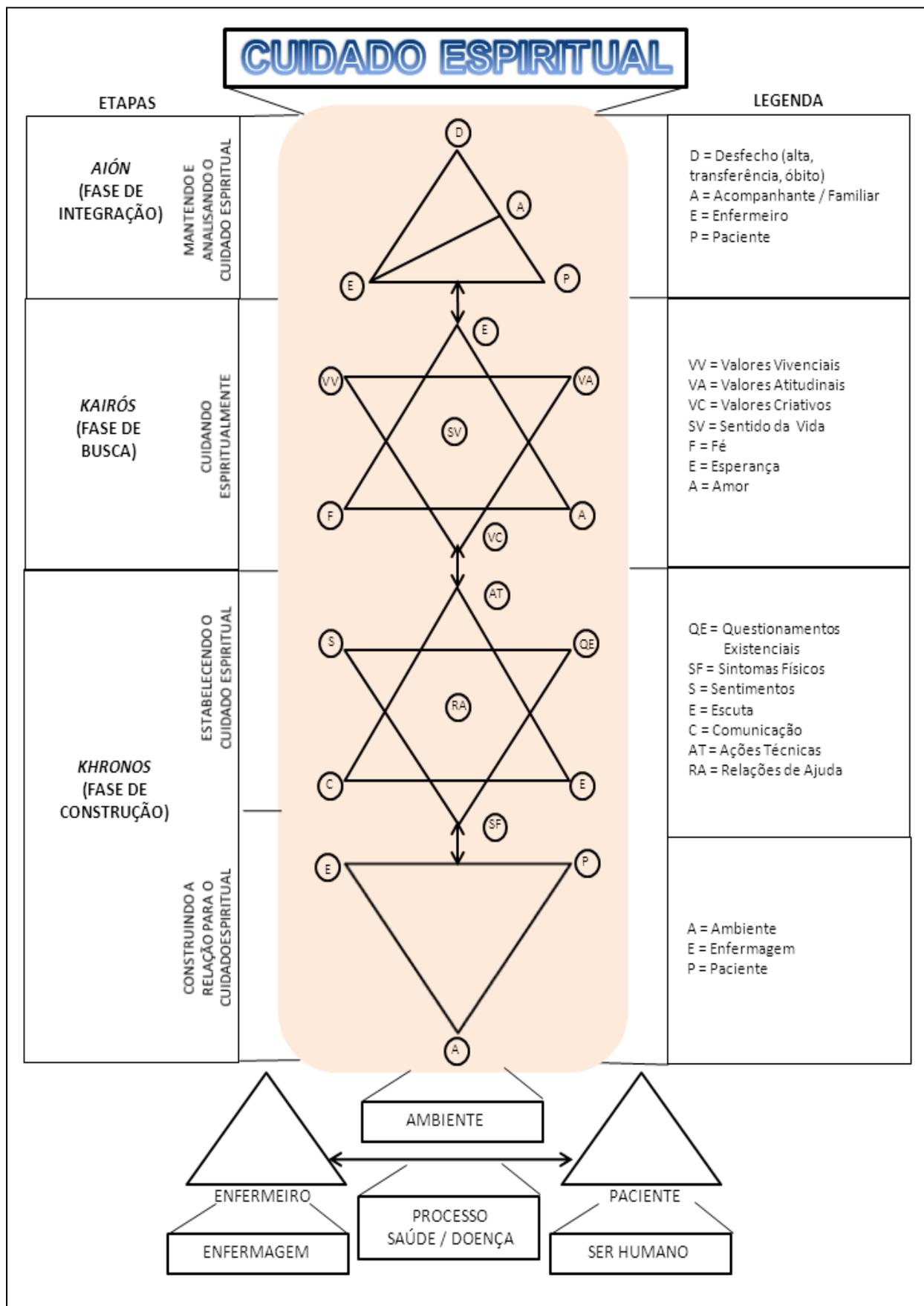


Figura 17. Representação do Cuidado Espiritual de Enfermagem

A primeira etapa chamada por nós de *Khronos*, ou fase de construção do cuidado espiritual, contempla o tempo anterior à relação de ajuda até o cuidado espiritual propriamente dito. É esperado que nessa etapa alguns passos possam ser dados e os objetivos sejam alcançados. Esses passos foram esclarecidos abaixo:

1. Construindo a relação de ajuda enfermeiro/paciente para o cuidado espiritual: Esse passo começa quando o enfermeiro tensiona o cuidado, escolhe o paciente e oferece seu cuidado, segue a fase de contrato da relação de ajuda e finaliza quando a relação de ajuda for estabelecida;
2. Estabelecendo o cuidado espiritual – Uma vez desenvolvida a relação de ajuda – o enfermeiro oferece sua competência profissional, por meio da comunicação terapêutica, da escuta terapêutica e da realização de procedimentos, respondendo às demandas do paciente, entre elas, citamos: os sinais e sintomas; os sentimentos em relação a si mesmo e ao outro; as questões existenciais sobre vida, finitude, sofrimento, felicidade. Ocorre, assim, uma correspondência entre aquilo que o paciente traz como demanda e aquilo que o enfermeiro oferece para o cuidado.

Inicia-se uma nova etapa do cuidado espiritual, aqui chamada de *Kairós* ou fase de busca e descoberta do sentido. Essa etapa não ocorre de forma linear, mas, constituindo-se na permanência e ou no avanço da etapa anterior. O objetivo a ser alcançado nesta etapa é ajudar ou favorecer a descoberta do sentido da vida. Por meio da história de vida do paciente, o enfermeiro investiga as virtudes e os valores presentes e ajuda-o a traçar o caminho para o sentido, tomando por base, principalmente, as virtudes (amor, esperança e fé) e os valores (vivenciais, criativos e atitudinais). Há, também aqui, uma correspondência entre virtudes e valores (amor – valores vivenciais; esperança – valores criativos; fé – valores atitudinais), que formam um mapa que indica os caminhos para a descoberta dos sentidos. A busca do sentido é o que configura o cuidado espiritual, cuja descoberta nem sempre é uma tarefa fácil e nem sempre há tempo hábil para isso. Quando o paciente descobre que a vida vale a pena e que, apesar do sofrimento vivido, o sentido da vida torna-o realizado, atingiu-se, plenamente, o cuidado espiritual e se atinje a etapa *Kairós*, tempo oportuno, tempo do cuidado.

A terceira e última etapa chamada de *Aión*, ou fase de integração, integra as etapas anteriores e delas faz uso. De forma cíclica, avalia o processo, reafirma os sentidos encontrados e reforça os valores e as virtudes revelados pelo paciente.

Inserir os acompanhantes e os familiares nos cuidados do paciente, trabalhar, mais detidamente, a esperança, incentivar e assegurar o direito de expressar sua religiosidade – se assim for uma demanda do paciente. A espera por algo é fonte de segurança e conforto, não pautada em falsas esperanças ou ilusões, mas tendo como base as possibilidades de viver um pouco mais, de não sofrer tanto e nem ver os entes queridos sofrerem também e, ainda, de voltar para casa, mesmo que seja para morrer junto de sua terra e dos seus. Essa etapa é a culminância do cuidado espiritual, cujo desfecho é a alta hospitalar, a transferência para outra unidade de saúde ou a morte do paciente. Em qualquer um dos desfechos, o enfermeiro estabelecerá uma relação, dependendo das circunstâncias e do estado geral do paciente: ora entre paciente e familiar, ora entre familiar e o próprio desfecho esperado.

Salientamos que essas etapas não são unidirecionais. Considerando-se todos os passos importantes, podem ser revisitados sempre que houver necessidade, em um processo dinâmico e contínuo – com exceção da fase de pré-interação, descrita por Travelbee (1979), e contemplada no modelo, que é o momento anterior à construção e ao estabelecimento da relação de ajuda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Senhor fazei de mim um instrumento de vossa paz [...] onde houver trevas, que eu leve a luz [...] onde houver desespero que eu leve a esperança [...] onde houver dúvida que eu leve a fé...”.

(São Francisco de Assis)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um momento importante e, ao mesmo tempo, difícil da pesquisa, uma vez que precisamos rever intenções, analisar implicações, avaliar se o objetivo proposto foi cumprido, se os pressupostos levantados e defendidos foram comprovados e se podem ser reafirmados, ou não. É o momento esperado desde a minha graduação, ou, talvez, antes; em que os questionamentos sobre a espiritualidade e sobre o cuidado espiritual surgiram. Sem dúvida, agora, depois de vivenciar tudo isso e chegar até aqui, considero ter algumas certezas, entre elas, a de que a espiritualidade é uma dimensão do humano que precisa ser cuidada e que o enfermeiro pode desenvolver competência técnica, humana e ética para tal cuidado. Outra certeza que vai me acompanhar é a de que ainda tenho muito a buscar para uma maior aproximação e apropriação dessa prática do cuidado espiritual com as pessoas doentes.

Realizar este estudo, seguramente, foi um trabalho árduo, por inúmeros motivos: primeiro, por se tratar de uma pesquisa-cuidado, na qual dois processos aconteciam simultaneamente; segundo, pelo grau de exigência, por se tratar da produção de um modelo de cuidado; por último, devido a questões pessoais, entre elas, o tempo exíguo e as diversas atividades realizadas, concomitantemente, ao doutorado.

Apesar de tudo isso, não deixou de ser prazeroso, por ser um convite à superação pessoal e, mais ainda, por contribuir com a construção do conhecimento de minha profissão, sentido encontrado em sua realização. Foram momentos de angústia, é preciso confessar, e, muitas vezes, pensei que não seria capaz de concluir, mas muitas pessoas me ajudaram nesse processo, como reconheço em meus agradecimentos – especialmente minha orientadora, a Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga: suas qualidades profissionais e pessoais foram preponderantes nessa construção; sua sensibilidade me tocou intimamente, sobretudo em momentos de dificuldade; sua razoabilidade me fez ponderar muitas coisas; sua segurança e sua paciência me deixavam tranquilo e disposto a dar os passos necessários. Sou grato por sua amizade e por ter tido a oportunidade de ser seu orientando.

O nosso objetivo era produzir um modelo de cuidado espiritual, com base no referencial teórico-metodológico da “Análise Existencial”, de Viktor E. Frankl, e da “Relação Pessoa a Pessoa”, de Joyce Travelbee, para preencher uma lacuna que acreditávamos existir no cuidado de Enfermagem. Podemos afirmar que conseguimos contemplá-lo, embora alguns aspectos precisem ser levados em consideração, o que, talvez, sejam as limitações deste estudo e do modelo proposto.

Por se tratar de um modelo de cuidado, o contexto de sua aplicabilidade é específico no que tange ao ambiente hospitalar e ao paciente que enfrenta a dor, o sofrimento e a morte. Ao ser realizado em um hospital, muitas implicações surgiram a esse respeito, mas não impedem que o enfermeiro possa utilizar o modelo em outros contextos, como, por exemplo, domicílios, centros de saúde ou outros espaços de cuidado. Em relação aos pacientes, estes precisam estar conscientes e orientados, pelo menos nas duas primeiras etapas do cuidado, e não podem ser crianças, pois o modelo é estruturado para pessoas que possam elaborar e ressignificar conteúdos já vividos para descobrir o sentido da vida. Não queremos dizer, com isso, que a criança não possa fazê-lo, mas, por meio do modelo aqui proposto, dificilmente conseguiriam. Essas são algumas das limitações encontradas.

Afirmamos que a “Relação de Ajuda”, proposta por Joyce Trevelbee, mostra-se como um referencial adequado e exequível para sistematizar o cuidado espiritual, conforme demonstrado nos resultados obtidos. No entanto, foram necessárias algumas adaptações – tendo em vista o ambiente hospitalar clínico, não psiquiátrico – como, por exemplo, o tempo médio das sessões que ficaram em torno de 30 minutos. As etapas de desenvolvimento da relação de ajuda foram realizadas em três, e não em quatro, renomeando cada uma delas, mantendo-se a correspondência entre as duas propostas. Outra adaptação feita foi a inclusão do acompanhante/familiar na relação de ajuda, por entendermos que, no cuidado de pacientes graves, é importante a presença da família como alguém de referência e, também, como cuidador e, o mesmo, carente de cuidado.

A “Análise Existencial”, da mesma forma, mostrou-se como referencial teórico adequado, por oferecer subsídio ao enfermeiro para o cuidado espiritual. Nisso podemos confirmar nosso segundo pressuposto, uma vez que aborda a espiritualidade humana de forma ampla – não vinculada, exclusivamente, à religião e à fé –, sendo naturalizada dentro do contexto humano, que a compreende como exercício de liberdade, de responsabilidade e de vontade de sentido. A concepção

tridimensional ontológica proposta por Viktor Frankl abre ao enfermeiro a possibilidade de contemplar, em seu cuidado, a totalidade do ser humano e intervir, inclusive, na dimensão espiritual.

O referencial frankliano elucida e indica ao enfermeiro como ajudar seu paciente a descobrir o sentido da vida, imbricado na própria existência, nas situações cotidianas de dor, de sofrimento e de morte. Foi possível visualizar isso nas virtudes reveladas através das interações dos pacientes, tais como o amor, a esperança e a fé que, relacionados aos valores humanos, vivenciais, criativos e atitudinais, apontados na “Análise Existencial”, formam verdadeiros caminhos para a descoberta do sentido.

O modelo de cuidado espiritual de enfermagem aqui proposto, ao utilizar estas duas teorias como base para sua sistematização e operacionalização, avança em alguns aspectos e amplia o entendimento de algumas concepções teóricas, contribuindo para a construção do conhecimento, especialmente da Enfermagem. O modelo produzido, em si, já é uma inovação, mas gostaríamos de destacar dois pontos que vão além do que Frankl e Travelbee propõem:

1. A dimensão física para o enfermeiro é o acesso à dimensão espiritual. O enfermeiro, historicamente, tem cuidado do homem, principalmente de sua dimensão física. Podemos comprovar isso nas interações deste estudo, na rotina de qualquer enfermeiro e na ênfase dada à sua formação profissional. O corpo, portanto, é a porta de acesso à pessoa. Muitas vezes, antes de se estabelecer um vínculo maior, o enfermeiro adentra a intimidade corporal, a fim de efetuar o cuidado. Essa intimidade pode gerar mais facilmente um vínculo entre o cuidador e o ser cuidado e, por meio desse vínculo, é possível chegar a conteúdos subjacentes e profundos da história de vida do paciente, possibilitando o acesso à dimensão espiritual. O enfermeiro sabedor disso, pode fazer uso dessa proximidade em benefício do próprio paciente e, através do acesso a dimensões mais profundas, oportuniza o cuidado espiritual. Frankl (2005) afirma que o sentido está no mundo e o profissional, por meio de sua atuação, ajuda seu paciente a descobri-lo. No entanto, ele não tece nenhum comentário a respeito do acesso à dimensão espiritual pela via da dimensão física.
2. O enfermeiro deve ajudar o paciente a descobrir, não somente o sentido de seu sofrimento, mas, sobretudo, da sua existência. Para Travelbee (1979), o

objetivo primário do cuidado de enfermagem é ajudar o paciente a descobrir o sentido do sofrimento. No entanto, o homem busca, prioritariamente, o sentido da vida. Mesmo que o sofrimento atroz tenha um sentido, o que faz o ser humano verdadeiramente realizado é a descoberta do “*para quê*” da sua existência humana. É importante salientar que a descoberta do sentido do sofrimento pode ser, também, o caminho para o sentido da vida, e continua sendo objetivo do cuidado de Enfermagem. Contudo, somente este último torna o homem realizado, inclusive porque o faz vislumbrar um suprasentido, respondendo às questões que estão além de sua capacidade compreensível.

A sistematização do cuidado espiritual e sua centralidade no sentido da vida fazem do modelo proposto por nós uma tecnologia única que, alicerçado na “Análise Existencial” e na “Relação de Ajuda”, oferecem subsídios teórico-metodológicos.

Consideramos que esse modelo proposto contribui para a prática de enfermagem, mas sua validação precisa ser feita, a fim de ajustar e respaldar sua utilização, tornando-se, possivelmente, mais um passo a ser dado no futuro nesse percurso, na busca de uma assistência de enfermagem de qualidade.

Eis aqui concretizada a realização de um sonho: o desenvolvimento de algo que instrumentaliza o enfermeiro para o cuidado espiritual. É um sonho gestado desde as primeiras inquietações na graduação, intensificadas no cuidado com pacientes terminais e construídas durante os passos dados no itinerário acadêmico, graduação em Enfermagem, especialização em saúde mental, mestrado em cuidados clínicos e doutorado em Enfermagem.

Esse modelo não é a única possibilidade de cuidado espiritual e tampouco tem a pretensão de ser a única e a última verdade sobre o assunto. Antes, convidamos a todos que a conhecerem para aplicá-lo, validá-lo, criticá-lo, ampliá-lo, contestá-lo e rejeitá-lo, se assim julgarem procedente.

Esperamos que essa produção contribua para a construção do conhecimento de Enfermagem e desperte o interesse na temática. Apresentamos este estudo como a concretização dos nossos valores criativos, que fizeram, fazem e farão sentido. Este estudo estará, para sempre, gravado em nossa história de vida, onde nunca será perdido, roubado ou destruído. Espero que aqueles que dele fizerem uso, o façam, também, com seus mais sinceros valores vivenciais.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Applying nursing process: a step-by-step guide**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994.

AMADO, J. D. N. **Instrumentos de avaliação para diagnóstico na área da espiritualidade**. Porto: 2007. 79p. Monografia (Licenciatura) Universidade Católica Portuguesa.

ARAÚJO, M. A. M. **Sentido da vida, espiritualidade e sociopoética: convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado clínico**. Fortaleza: 2008. 140p. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual do Ceará.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Atenção e presença física: dimensões expressivas e a prática dialógica do cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.59, n. 1, jan/fev. 2006. 25-9.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, L. A.; RODRIGUES, L. A. Sobre o fundador da Logoterapia: Viktor Emil Frankl e sua contribuição à psicologia. **Estudos**. Goiânia, v. 36, n. 1/2, jan./fev. 2009. p. 11-31.

BERMEJO, J. C. **Acompañamiento espiritual: en cuidados paliativos**. Santander: Sal Terrae, 2009.

BOFF, L. **Ecologia- mundialização- espiritualidade: a emergência de um novo paradigma**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1996.

_____. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextane, 2006.

_____. **Experimentar Deus: a transparência de todas as coisas**. Campinas: Verus, 2002.

_____. **Tempo de transcendência: o ser humano com um projeto infinito**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BONO, H.M. **Analisis Existencial**. Buenos Aires: ECUA, 1982.

BRANDÃO, J. S. **Mitologia grega**. v. 01. Petropolis: Editora Vozes, 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Resolução 196/96**. Brasília: CNS, 2001.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 27, n. 01, jan./mar. 2003. p. 41-57.

BRITO, N. T.G.; CARVALHO, R. A humanização segundo os pacientes oncológicos com longo período de internamento. **Einstein**. São Paulo, v.8, n. 2. 2010. p. 221-7.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologias para a assistência de Enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001.

CATAFESTA F. et al. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 9, n. 2, 2007, p. 457-75. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a13.htm> Acesso em: 20. 08. 2011.

CAVACO, V. S. J. et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – revisão sistemática. **Rev. Referência**, Coimbra, v. 2, n. 12. 2010. p. 93-103.

CHAVES, E.C.L. et al. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialista. **Acta Paulista de Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2009. p. 264-70.

CHAVES, E.C.L. et al. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. **Rev. Latino-Americana de Enferm**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, mai-jun, 2010. p. 11-9.

CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.11, n.1, jan/abr, 2006. p. 55-60.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a Vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COTRIM, G. **Fundamentos da Filosofia**: História e Grandes Temas. São Paulo: Saraiva, 2000,

CREMA, R. Construir o templo da inteireza. In: Lise Mary Lima (org.). **Espírito na saúde**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 35-40.

DACHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 727-8.

DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais de enfermagem**. 3ª ed. São Paulo: EPU, 1983.

DIAS, M. A. A. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 2, abr/jun, 2006. p. 340-3.

DIJOSEPH, J.; CAVENDISH, R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 19, n. 4, july-aug, 2005, p. 147-54.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, mar, 2007, p. 1046-6.

DURMAN, S. Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral. **Cogitare Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 2, 2003. p. 44-53.

ELIAS, A. C. T. A. **Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica, Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para resignificar a dor espiritual de pacientes terminais**. Campinas: 2005. p. 599. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.

ERVEDOSA, G. N. **Personalidade, Bem-estar e espiritualidade**: a influência das metas e motivações últimas na prevenção da saúde. Santiago de Compostela: 2004. p.1238. Tese (Doutorado) Universidade de Santiago de Compostela.

FAWCETT J. **Contemporary Nursing Knowledge**: analysis and evolution of nursing models and theories. 2ª ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

FISH, S.; SHELLY, J. A. **Spiritual care**: the nurse's role. 3ª ed. Downer's Grove-IL: InterVarsity, 1988.

FIZZOTTI, E. **De Freud a Frankl: interrogantes sobre el vacío existencial**. Pamplona: Universidade de Navarra, 1977.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008 . Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso Acessado em: 10.01. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. Edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; Trad. de Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial.** Trad. de Alípio Maia de Castro. São Paulo: Quadrante, 1973.

_____. **Fundamentos antropológicos da psicoterapia.** Trad. de Renato Bittencourt. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **A questão do sentido em psicoterapia.** Trad. Jorge Mitre. Campinas: Papyrus, 1981.

_____. **Psicanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a logoterapia.** (Arztliche Seelsorge). Trad. de Carlos Silva e Jorge Mendonza. 2. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1990.

_____. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** Trad. de Helga Hinkenickel Reinhold. 2ª ed. Petrópolis: Vozes/São Leopoldo, Sinodal, 1991.

_____. **A presença ignorada de Deus.** (Der unbewusste Gott: psychotherapie und religion). Trad. de Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, Petrópolis: Vozes, 1992.

_____. **Logoterapia e análise existencial: textos de cinco décadas.** (Logotherapie und existenzanalyse). Trad. de Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

_____. **Sede de sentido.** Trad. de Henrique Elfes. 3ª ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

_____. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo.** Trad. Victor Hugo Silveira Lapenta. Aparecida: Idéias & Letras, 2005.

FREUD, S. **Totem e tabu.** v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1976a.

_____. **O Mal-Estar na Civilização.** v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1976b.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

GUIMARÃES, V. C. F. **Assistência espiritual em enfermagem: a problemática e uma solução.** São Paulo: 1984. 140p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

GUSSI, M. A.; DYTZ J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 32, maio-jun, 2008, p. 377-84.

HELIKER, D. Reevaluation of a nursing diagnosis: spiritual distress. **Nursing Forum.** Philadelphia, v. 27, n.4, 1992, p.15-20.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J. Y. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade.** 5ª ed. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2002.

HENSLEY, L. D. Spiritual distress: validation study. In: CARROL-JOHNSON, P. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference.** Philadelphia, J. B. Lippincott, 1994, p. 200-2.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1970.

HUF, D. D. **A Assistência Espiritual em Enfermagem na Dimensão Noética à luz da Análise Existencial de Viktor Frankl.** Ribeirão Preto: 1999. 259p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NIC e NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JUNG, C. G. **A natureza da psique.** Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **Psicologia e religião.** Petrópolis: Vozes, 1984.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process.** New York: John Wiley, 1981.

KOENIG, H.G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **Journal of Nervous and Mental Disease,** Hagerstown, v. 196, n. 5, 2008, p. 345-55.

_____. **The healing power of faith.** London: Simon & Schuster, 2001.

KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. **Rev. Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 31, n. 02, abr./jun. 2007. p. 246-55.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LACERDA, M. R. et al. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Goiania, v.10, n. 3, 2008, p. 843-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm> Acesso em: 20. 08. 2011.

LÄNGLE, A. **Viver com sentido: análise existencial aplicada, guia para viver.** Trad. Helga Hinkenickel Reinhold. Petrópolis: Vozes, 1992.

LAVERDE, M. C. Q. Enfermería en el mundo cristiano. **Aquichán.** Bogotá, n. 1, v.1. out, 2001. p. 42-5.

LEDGER, S. Holistic care: the dirty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. **British Journal of Nursing**, London, v. 14, n. 4, feb-mar, 2005, p. 220-5.

LELOUP, J. Y. **Cuidar do ser**: Fílon e os terapeutas de Alexandria. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____; BOFF, L. **Terapeutas do deserto**: de Fílon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Dürckheim. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEMMER, C. M. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. **Journal Holistic Nursing**, Sprigfild, v. 23, n.3, sept, 2005, p. 310-22.

LUKAS, E. **Logoterapia a força desafiadora do espírito**: métodos de logoterapia. Trad. José de Sá Porto. São Paulo: Loyola, 1989.

_____. **Mentalização e saúde**: a arte de viver e logoterapia. Trad. Helga Hinkenickel Reinold. Petrópolis: Vozes, 1990.

_____. **Prevenção psicológica**: a prevenção de crises e a proteção do mundo interior do ponto de vista da logoterapia. Trad. Carlos Almeida Pereira. Petrópolis: Vozes/São Leopoldo: Sinodal, 1992.

MATHEUS, C. Max Scheler e a gênese axiológica do conhecimento. **Margem**. São Paulo, n. 16, dez. 2002. p. 13-27.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing**: development and progress. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2007.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: LugarEditorial, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINER-WILLIAMS D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. **Journal Clin. Nurs.** n. 15, v. 7. 2006. p. 811-21.

MODIN, B. **O homem**: quem ele é?: elementos da antropologia filosófica. São Paulo: Paulinas, 1980.

MOLINA, M. A. S. **Enfrentando o câncer em família**. Maringá: 2005. 248p. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Maringá.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 3. 2009. p. 323-7.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 23, n.3. 2010. p. 437-40.

NEVES, E. A.; DIAS, L. P. M.; SILVA, A. L. Da pesquisa para assistir. **Rev. Esc. Enferm. da USP**. São Paulo, v. 26, n. esp, 1993, p.119-24.

NEVES, E. P.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-Cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Rev. Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 11, n. 1. 2006. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362006000100012&lng=pt&nrm=isso
Acesso em: 15.08.11.

NIGHTIGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES ASSOCIATION – NANDA – **Nursing diagnoses: definitions & classification – 2009 – 2011**. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2009.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. p. 430-6.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Cuidados Paliativos: guías para el manejo clínico**. Genebra: OMS, 2002.

PAIVA, G. J. Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em Psicologia. In: TEIXEIRA, E. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: Edipurs, 2004. p. 119-30.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 02, abr./jun. 2007. p. 238-45.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Rev. Bioética**. São Paulo, v. 10, n. 02. 2002. p. 51-72.

_____. Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: ANGERAMI-CARMON, V. A. (org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Thonsom, 2004. p. 39-84.

_____. Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso Terri Schiavo. **Rev. Bioética**. São Paulo, v. 13, n. 2. 2005. p. 65-76.

_____. **Espiritualidade e arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde**. São Paulo: Paulinas/CUSC, 2010.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-Amer. Enferm.**, v.13, n.4, set./out. 2005. p. 729-36.

PITA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PREVITALLI, I. M. Uma vivência espiritual em religiões de matriz africana. In: AMATUZZI, M. M. (org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 221-34.

RIBEIRO, R. I.; KING, S. S.; DIAS, R. B. C. Por uma psicoterapia inspirada nas sabedorias negro-africana e antroposófica. In: ANGERAMI-CARMON, V. A. (org.) **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Thonsom, 2004. p. 85-110.

RIVERA, M. S. Teoría de La relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería. **Horizonte de Enfermería**. Santiago, v.14. 2003. p. 95-111.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 1, fev. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100018&lng=pt&nrm=iso> Acessado em 12 nov. 2011.

RODRIGUES, L. A.; BARROS, L. A. Sobre o fundador da Logoterapia: Viktor Emil Frankl e sua contribuição à psicologia. **Estudos**. Goiania, v. 36, n.1/2, fev-mar. 2009. p. 11-31.

ROEHE, M. V. Revendo idéias de Viktor Frankl no centenário de seu nascimento. **Psico**. Porto Alegre, v. 36, n. 3. 2005. p. 311-14.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 02, abr/jun 2007. p.225-37.

_____. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 33, n. 02, 2009. p.205-17.

SANTOS, K. C. **Experiências do tempo: reflexões sobre tempo e alma**. Curitiba: 2010. 87p. Monografia (Especialização) Pontifícia Universidade católica do Paraná.

SAUNDEERS, C. **Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach.** London: Edward Arnold, 1991.

SAVIOLI, R. M. **Fronteiras da ciência e da fé.** São Paulo: Gaia, 2006.

SCHRAMM, F. R. Espiritualidade e bioética: o lugar da transcendência horizontal do ponto de vista de um bioeticista laico e agnóstico. **Rev. Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 31, n. 02, abr./jun. 2007. p.161-166.

SEGURA MUNOZ, S. I. et al. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde In: **8º Simpósio Brasileiros de Comunicação em Enfermagem.** São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Maio, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200010&lng=en&nrm=abn Acesso em: 20.08.11.

SELLI, L.; ALVES, J. S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Bioethikos.** São Paulo, v.1, n. 1, 2007. p. 43-52.

SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado?:** humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

SILVEIRA, R. S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 14, n. especial, 2005. p.125-30.

SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S. M.; CREIGHTON, L. J. **Com a vida de novo:** uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.

SOLOMON, R. C. **Espiritualidade para cééticos:** paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO E. C. **A comunicação nos diversos contextos da Enfermagem.** Barueri: Manole, 2005.

STOLL, R. I. Guidelines for spiritual assessment. In: **American Journal of Nursing.** v.79, n.9, 1979. p. 1574-7.

TRAVELBEE, J. **Intervención em Enfermeria Psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona.** Cali: Carvajal,1979.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 64, n.1, jan/fev. 2011. p. 106-13.

VALLE, J. E. R. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In: AMATUZZI, M. M. (org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.83-107.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In:_____. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-153.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia: 2006, v. 8, n. 2. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151819442006000200013&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20.08.11.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WILBER, K. **Espiritualidade Integral** – uma nova função para a religião neste início de milênio. São Paulo: Aleph, 2006.

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

WRIGHT, L. M. **Spirituality, suffering, and illness: ideas for Healing**. Philadelphia: F. A. Davis, 2005.

XAUSA, I. A. M. **A psicologia do sentido da vida**. Petrópolis: Vozes, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitulada **CUIDADO ESPIRITUAL: UMA PROPOSTA DE MODELO À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL E DA RELAÇÃO DE AJUDA**, desenvolvida pelo pesquisador Michell Ângelo Marques Araújo, tem por objetivo Produzir um modelo de cuidado espiritual, com base no referencial teórico da Análise Existencial de Viktor E. Frankl e da Relação de Ajuda de Joyce Travelbee. Para isso, necessitamos de seu consentimento em participar da pesquisa que será realizada através de acompanhamento hospitalar. Serão assegurados tanto seu direito de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar sem nenhum prejuízo moral, físico ou social quanto o anonimato com relação à sua identidade, sem qualquer informação que possa identificá-lo(a). Os dados serão coletados através de gravador de áudio e anotações em um diário. Fica garantido ainda que a pesquisa não irá causar nenhum risco à sua saúde nem irá interferir no seu tratamento. A participação na pesquisa é atividade voluntária, e os participantes não receberão remuneração. A responsabilidade pela realização da pesquisa é do Enfermeiro Michell Ângelo Marques Araújo, orientado pela Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga, que pode ser contatado na Rua Walter Bezerra de Sá, Luciano Cavalcante. CEP: 60 811420 – Fortaleza – CE. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto ao pesquisador através do telefone (0xx85) 3278-6585 ou junto ao Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (UFC), através do telefone (0xx85) 3366-8558. Esse termo será assinado e impresso em duas vias: uma ficará com o pesquisador e a outra com o informante.

Eu, _____,
 _____anos, sexo _____, de naturalidade _____,
 domiciliado em _____, de
 profissão _____ e portador do RG nº _____, fui
 informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada **CUIDADO ESPIRITUAL: UMA PROPOSTA DE MODELO À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL E DA RELAÇÃO DE AJUDA** e concordo em participar da mesma. Permito que os dados produzidos sejam divulgados desde que garantidos meu anonimato.

Fortaleza, _____ de _____ de 2011.

 Informante

 Pesquisador

APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO DE INTERAÇÃO

1- Dados de Identificação:

1.1. Idade _____ 1.2. Sexo _____ 1.3. Escolaridade _____

1.4. Profissão _____ 1.5. Religião _____ 1.6. Estado Civil _____

1.7. Filhos _____ 1.8. Renda familiar _____ 1.9. Procedência _____

2- Informação sobre saúde:

2.1. História pregressa e familiar _____

2.2. História da doença atual _____

2.3. Diagnóstico detalhado _____

2.4. Tempo de diagnóstico _____

2.5. Tratamento realizado _____

2.6. Sintomas mais frequentes _____

3- Temas norteadoras das interações:

3.1. Como vivencia o adoecimento?

3.2. Como avalia sua vida?

3.3. Quais seus planos agora? Há algo que precisa realizar?

3.4. Como nós poderíamos lhe ajudar? E que outras pessoas poderiam ajudar?

APÊNDICE 3 - FASE DE PRÉ-INTERAÇÃO

Essa fase aconteceu na unidade de pneumologia na busca por pacientes que cumprissem os requisitos do estudo. O momento foi permeado de ansiedade, devido às incertezas de todo o contexto, primeiramente por não saber se os pacientes estariam dispostos a participar, segundo, pela dinâmica do serviço.

À medida que fui analisando os prontuários e fazendo uma seleção dos possíveis participantes, comecei a criar expectativas sobre os encontros, os diálogos, os registros e as análises, assim como adverte Travelbee (1979). Essa ansiedade própria dessa fase, confesso que começou a me entusiasmar e fiquei realmente ansioso para encontrar os pacientes e realizarmos as trocas necessárias ao cuidado e à pesquisa.

Travelbee (1979) salienta que essa fase é a única que o paciente não participa, a não ser que ele seja avisado da relação que se estabelecerá, e este não foi o caso, porque os pacientes não sabiam que iriam desenvolver a relação de ajuda. Após realizar a seleção dos possíveis participantes, visitei-os um a um, logo foram descartados alguns devido às circunstâncias (provável alta hospitalar, transferência, cirurgia e estado geral muito comprometido). Como sou enfermeiro da unidade onde a pesquisa seria realizada, os pacientes já eram conhecidos e as fases do processo de enfermagem já haviam sido feitas, sendo, portanto somente necessária a continuidade.

Agora as minhas visitas tinham outro caráter: levar a proposta de um cuidado diferente, o estabelecimento de um vínculo mais próximo e relacional. Eu não sabia como receberiam essa nova proposta, se aceitariam e se entenderiam a intenção. A ansiedade de como aconteceria e o temor de que não saísse conforme o esperado, de certa forma trazia angústia, não somente por envolver o cuidado, mas especialmente por tratar-se de uma tese de doutorado com todas as suas exigências.

Iniciei a relação com algumas pessoas, mas nem todas foram desenvolvidas pelas circunstâncias já referidas, que inicialmente não se mostraram. Essa etapa da relação de ajuda, por se tratar também de uma pesquisa, foi realizada uma única vez, correspondendo à fase de pré-interação de todas as relações de ajuda.

APÊNDICE 4- DESCRIÇÃO DAS INTERAÇÕES (PACIENTE 1)

1º ENCONTRO: P1

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Bom dia, Dona P1. Como estão as coisas?</p> <p>Paciente: Não estão boas, estou muito cansada e essa máscara (máscara de Venturi 50%) me sufoca.</p> <p>Enfermeiro: Mas Dona P1, essa máscara é exatamente para ajudar a Sra. a respirar melhor!</p> <p>Paciente: Não gosto, ela me sufoca. Olha, assim fica melhor (tira a máscara).</p> <p>Enfermeiro: Talvez, Dona P1, seja sua impressão, mas essa máscara ajuda muito, porque concentra o oxigênio pra senhora não se esforçar tanto. Tenha um pouquinho de paciência que logo, logo, a senhora ficará melhor e não precisará dessa máscara.</p> <p>Paciente: Isso é tão ruim!</p> <p>Enfermeiro: Posso imaginar, mas estou aqui com a senhora. O que a senhora precisar estarei à sua disposição.</p> <p>Paciente: Obrigada.</p> <p>Enfermeiro: Dona P1, estou fazendo uma pesquisa com alguns pacientes sobre o cuidado que nós prestamos aqui, e eu gostaria que a senhora participasse, o que a senhora acha?</p> <p>Paciente: Meu filho, será que eu vou saber?</p> <p>Enfermeiro: Faremos assim: o tempo que a senhora estiver aqui nos encontraremos e aí conversaremos sobre tudo o que a senhora quiser, o que a senhora está sentindo, o que está precisando, o que falta, o que a chateia. Tudo bem?</p> <p>Paciente: Tudo bem!</p> <p>Enfermeiro: Enquanto estiver aqui, conversaremos e o que a senhora precisar, a senhora me fala e vejo de que forma posso ajudar. Vou providenciar o documento que é necessário para nossas conversas, vou ler para senhora. Se a senhora concordar iniciaremos, tá?</p> <p>Paciente: Obrigada, meu filho.</p>	<p>O primeiro encontro aconteceu durante a visita rotineira do plantão. Observei uma dispnéia intensa e uma expressão facial de muito incômodo. Quando indaguei sobre como se sentia, a paciente relacionou seu incômodo pela dispnéia e pelo uso da máscara de Venturi. Tentei explicar a importância desse dispositivo e, em seguida, perguntei se gostaria de participar da pesquisa que eu estava realizando, o que foi aceito prontamente. Fechamos o contrato da relação nesse encontro.</p>	<p>1- O estabelecimento do primeiro encontro da relação de ajuda aconteceu na visita de rotina do enfermeiro no plantão.</p> <p>2-Os esclarecimentos sobre procedimentos fazem parte do cuidado de Enfermagem.</p> <p>3-O contrato do desenvolvimento da relação de ajuda foi estabelecido.</p>	<p>1- Orientar quanto à necessidade do dispositivo de concentração de oxigênio.</p> <p>2-Oferecer suporte de apoio para dúvida e esclarecimento.</p> <p>3- Desenvolver a relação de ajuda.</p>

Comentários	Bases Teóricas
<p>O ambiente para o estabelecimento da relação de ajuda não é o ideal, pois a paciente encontrava-se em uma enfermaria coletiva com 4 leitos, sem a devida privacidade. Mas pela sua condição, com dispneia intensa, não havia outro local para o estabelecimento da relação. Senti que a paciente aceitou minha proposta sem hesitação, mas observei certo estranhamento, como se ela perguntasse: “um enfermeiro querendo conversar e justamente comigo?”. Percebi que realmente é incomum o enfermeiro nessa unidade se interessar por alguma coisa além de sua rotina de trabalho. Isso ficou evidente nas visitas realizadas no plantão. Apesar de já ter contato com algumas informações da paciente no prontuário e em visitas anteriores, esse foi o primeiro encontro da relação de ajuda. Aconteceu durante o plantão e teve 13 minutos de duração.</p>	<p>1-A relação de ajuda inicia-se com o contrato. 2- O enfermeiro se oferece com instrumento de cuidado. 3-A relação de ajuda acontece quando as duas partes, enfermeiro e pacientes, estão cômicos e interessados na relação.</p>

2º ENCONTRO: P1

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Olá, como estão as coisas? Vejo que está melhor, sem a máscara de Venturi. Paciente: É verdade, a médica falou que ia ficar sem a máscara, ficar só com esse bichinho (catéter de O2) se eu aguentasse. Se não, voltaria para a máscara. Enfermeiro: Como está seu tratamento? Paciente: Tá ótimo. Enfermeiro: Você fez o exame? A tomografia? Paciente: Fiz, foi tudo bem, acabei a química. Agora é esperar pelo próximo mês para iniciar de novo. Enfermeiro: Como a senhora vai fazer? Vai pra casa ou ficará aqui? Paciente: Não, meu filho, não posso ir para casa porque não aguento sem o oxigênio, a médica já falou que vou ficar aqui até terminar tudo. Enfermeiro: Tudo o quê? Paciente: O tratamento. Enfermeiro: Como foram esses dias de tratamento? Paciente: Foi bom, as dores diminuíram, só o cansaço que ainda tem, mas tô melhor. Enfermeiro: Alguma coisa incomoda a senhora? Paciente: Acho que o medo. Enfermeiro: Medo de quê? Paciente: Não sei...da morte. Enfermeiro: O que a senhora acha que é a morte? Melhor o que acontece na morte? Paciente: Acho que acaba tudo...não sei direito.</p>	<p>O segundo encontro iniciou-se também pela observação do estado geral, principalmente a respiração. Dei prosseguimento ao encontro com perguntas sobre o tratamento e os procedimentos realizados. Perguntada sobre o que a incomodava, ela respondeu que era o medo da morte. Perguntei o que acontece quando morremos e a paciente respondeu de forma vaga e duvidosa, afirmou que acabava tudo ou talvez houvesse um paraíso. Indaguei sobre sua religião, ela disse ser católica, mas convertera-se ao protestantismo como forma de se aproximar de Deus. Explicou que dessa forma teria força e ajuda necessária para enfrentar a doença.</p>	<p>1-O medo da morte incomoda. 2-A religião é buscada como fonte de força e ajuda. 3-A saúde ocupa o primeiro lugar em grau de importância na vida. 4-A família também é citada como importante. 5-A construção de sua casa é sua grande realização na vida.</p>	<p>1- Favorecer a expressão de sentimentos. 2-Oferecer suporte em relação ao medo e à angústia. 3-Valorizar as estratégias de enfrentamento da doença. 4-Oferecer suporte para a prática religiosa como desejar. 5- Favorecer a descoberta de sentido na sua história de vida. 6-Garantir a privacidade adaptando o ambiente da enfermaria.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: A senhora nunca pensou sobre isso? Paciente: Não...sei lá, talvez tenha alguma coisa, o paraíso. Enfermeiro: A senhora tem religião? Paciente: Tenho, sou católica. Enfermeiro: A senhora acha importante a religião? Paciente: Acho, né?! Aceitei Jesus, sou crente. Enfermeiro: É? A senhora sentiu necessidade? Paciente: É, quis aceitar, ficar mais próxima de Deus. Enfermeiro: Por que a senhora quer ficar mais próxima de Deus? Paciente: Deus, meu filho, dá forças e nos ajuda. Enfermeiro: Há alguma coisa que é importante para senhora? Paciente: Minha saúde, meu filho, é o mais importante, meus filhos, tenho netos também, eles são muito bons para mim. Enfermeiro: Há algo que marcou sua vida? Paciente: Meu filho, minha casa. Quando meu marido morreu fiquei sem nada, não tinha nada mesmo, nem casa. Trabalhei muito, e a maior vitória foi minha casinha. Trabalhei, consegui material, construímos no mutirão. Enfermeiro: A senhora trabalhava? Paciente: Sim, eu era doméstica, trabalhava em casa de família, era bom trabalho, eu gostava. Enfermeiro: Dona P1, preciso conversar com outros pacientes. Podemos conversar mais depois? Paciente: Sim, claro, sua conversa é ótima. Enfermeiro: Pois então pronto, sábado conversaremos.</p>	<p>Perguntei sobre o que era importante para ela, que afirmou ser sua saúde e sua família. Quando perguntei o que marcou sua vida, ela relatou a construção de sua casa e seu esforço em consegui-la, trabalhando e construindo em um mutirão. Falou também que trabalhava como doméstica. Finalizamos nosso encontro e marcamos nosso próximo para o sábado seguinte.</p>		
Comentários	Bases Teóricas		
<p>Nesse encontro, percebi que cometi alguns equívocos. Primeiro, na ânsia de coletar dados, bombardeei a paciente de perguntas, sem que desse tempo para trabalhar mais detidamente as suas necessidades, no caso, o medo da morte. Esqueci que os dados emergem na relação e naturalmente durante os encontros. Segundo, não explorei a riqueza de conteúdo que estava nas respostas às perguntas, ficando assim na superficialidade. Observei novamente que o ambiente da enfermaria onde ocorreu a interação não é o mais adequado, mas ainda é o único possível, porque não permite a privacidade exigida para o encontro. Mesmo com os pontos citados, pude observar que a paciente ficou pensativa. Nossa conversa provavelmente deve ter suscitado algum tipo de reflexão. Aconteceu durante o plantão e teve 15 minutos de duração.</p>	<p>1-A religião no contexto do sofrimento. 2-A realização de algo como valor criativo. 3-A família como valor vivencial. 4-A morte como interrupção da vida e de seu sentido.</p>		

3º ENCONTRO: P1

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa tarde, Dona P1. Como se sente hoje?</p> <p>Paciente: Tô sentindo umas dores, e quando a dor aperta, volta o cansaço.</p> <p>Enfermeiro: A senhora lembra que falamos na nossa última conversa, das coisas mais importante na vida da senhora?</p> <p>Paciente: Lembro, sim!</p> <p>Enfermeiro: Como está o tratamento?</p> <p>Paciente: Acabei as sessões, vou voltar no CRIO dia 22/08, mas é confiar em Deus, só Ele para ajudar nessas horas, porque você sabe não tem jeito, do câncer ninguém fica bom, ganha uns dias, aí...(choro).</p> <p>Enfermeiro: Tem alguma coisa que está angustiando a senhora?</p> <p>Paciente: Uns pensamentos bestas, de morte, de coisas ruins, mas procuro ocupar minha mente com outras coisas.</p> <p>Enfermeiro: Pensar na morte angustia a senhora?</p> <p>Paciente: A morte nem tanto, porque a morte é o fim, acho que tenho medo da dor, da falta de ar.</p> <p>Enfermeiro: É do sofrimento que a senhora tem medo?</p> <p>Paciente: É justamente. Passar pelo aperreio de morrer sem ar é muito ruim. E o que acho pior de tudo é ver meus filhos sofrerem.</p> <p>Enfermeiro: A senhora fala de eles verem seu sofrimento?</p> <p>Paciente: Sim, não quero ver eles sofrendo por causa de mim.</p> <p>Enfermeiro: Mas se fosse o contrário, se a senhora tivesse cuidando deles, como seria?</p> <p>Paciente: Talvez fosse pior, ver meus filhos doentes, seria mais sofrimento.</p> <p>Enfermeiro: Mesmo sofrendo, a senhora deixaria de cuidar deles?</p> <p>Paciente: Não de maneira nenhuma, não deixaria não. Eu ficaria com eles.</p> <p>Enfermeiro: Não será agora o momento de a senhora deixar ser cuidada por eles?</p> <p>Paciente: É, pode ser.</p> <p>Enfermeiro: A doença traz sofrimento para todo mundo, não tem como evitar, mas se torna mais leve quando a gente fala o que está sentindo.</p> <p>Paciente: Não quero que eles sofram por mim... (choro).</p> <p>Enfermeiro: Eu sei, deve ser difícil, mas desse sofrimento não se pode escapar. Mas a senhora tem uma opção, ou sofrem juntos, dando força</p>	<p>O terceiro encontro ocorreu em um momento exclusivo à interação. Fiz uma breve menção de nosso último encontro e indaguei sobre o tratamento. A paciente disse que aguardava continuar o tratamento no CRIO em agosto. Percebi que algo estava incomodando e ela confirmou ser seus pensamentos sobre morte e coisas ruins, mas em seguida revelou ser o medo do sofrimento e, sobretudo, de ver seus filhos sofrendo por sua causa o que realmente a angustiava. Argumentei que, se fosse o contrário, ela estaria cuidando dos que estivessem doentes, que ela tinha a opção de sofrer juntos ou separados e que alguns sofrimentos são inevitáveis, mas quando os sentimentos são expressos, há um alívio do sofrimento. Perguntei como tinha sido a interação e finalizamos o encontro.</p>	<p>1-Os pensamentos sobre a morte ou desfechos indesejados da doença podem causar sofrimento.</p> <p>2-O medo maior não é a morte em si, mas o medo de morrer sofrendo.</p> <p>3-Pensar que está causando o sofrimento para os familiares gera mais sofrimento.</p> <p>4-Ajudar o paciente a expressar seus sentimentos e angústias faz parte dos cuidados de Enfermagem.</p> <p>5-Existem sofrimentos que são inevitáveis.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de pensamentos e sentimentos.</p> <p>2-Assegurar o suporte técnico necessário para evitar a morte com sofrimento físico.</p> <p>3-Favorecer o encontro entre paciente e familiar para expressar sentimentos mútuos.</p> <p>4-Favorecer a descoberta do sentido do sofrimento causado pela doença.</p> <p>5-Garantir a privacidade, adaptando o ambiente da enfermaria.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>uns aos outros ou separados.</p> <p>Paciente: É, eu sei.</p> <p>Enfermeiro: Gostaria de saber mais sobre sua vida, poderemos na próxima conversa, falarmos sobre isso?</p> <p>Paciente: Podemos.</p> <p>Enfermeiro: Como foi nossa conversa hoje para a senhora?</p> <p>Paciente: Foi boa, porque pude desabafar, tava precisando falar. Tava com um nó na garganta...</p> <p>Enfermeiro: Então podemos voltar a conversar?</p> <p>Paciente: Sim, vou esperar.</p>			
Comentários	Bases Teóricas		
<p>Esse encontro aconteceu de forma mais tranquila, principalmente após a análise do último encontro e da supervisão da orientadora desse trabalho. Mesmo sendo curto em termos de conteúdo, essa interação foi intensa e mais demorada (37 minutos). Por não estar de serviço, fui ao encontro em um outro horário, tendo, assim, mais tempo disponível e exclusivo. Comecei a perceber o prazer da paciente ao me ver e começarmos a conversar. Senti que esse momento era esperado, talvez o único tempo para expressar os sentimentos e pensamentos escondidos. Utilizei um biombo para oferecer o mínimo de privacidade na interação, mas que mostrou ser ainda insuficiente.</p>	<p>1-A busca de sentido no sofrimento inevitável.</p> <p>2-O desespero como consequência do sofrimento sem sentido.</p> <p>3- A família como valor vivencial.</p>		

4º ENCONTRO: P1

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite Dona P1. Como passou o dia?</p> <p>Paciente: Passei sentindo uma dorzinha nas costas que responde de lado.</p> <p>Enfermeiro: Desde quando?</p> <p>Paciente: Começou ontem.</p> <p>Enfermeiro: A senhora tomou algum remédio para dor?</p> <p>Paciente: Tomei, a menina colocou na veia.</p> <p>Enfermeiro: A senhora lembra que perguntei sobre as coisas importantes da vida?</p> <p>Paciente: Lembro.</p> <p>Enfermeiro: Gostaria de perguntar novamente. A senhora, o que tem de mais importante na vida?</p> <p>Paciente: Acho que minha saúde.</p> <p>Enfermeiro: Por que para a senhora a saúde é tão importante?</p> <p>Paciente: Ora, meu filho, eu, tendo saúde, eu tenho tudo. Só ir para minha casa, cuidar das minhas coisas...</p>	<p>O quarto encontro aconteceu durante meu plantão noturno. Senti, pelo olhar da paciente, que precisava conversar comigo, apesar da queixa de dor, no momento estava tranquila. Iniciamos a conversa retomando o assunto que havíamos abordado no encontro passado. A paciente afirmou ser sua saúde o aspecto mais importante, naquele momento, isso porque esse aspecto proporciona a retomada de suas atividades</p>	<p>1-A saúde é um aspecto muito importante na vida de uma pessoa.</p> <p>2-A saúde proporciona a realização das atividades cotidianas da vida.</p> <p>3-A expressão de sentimento é interrompida ou impedida de acontecer pelo receio de os filhos sofrerem mais.</p> <p>4-Chorar alivia o sofrimento.</p> <p>5- A morte é associada diretamente ao câncer.</p> <p>6-Os planos de vida</p>	<p>1- Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2-Incentivar a elaboração de planos para o futuro.</p> <p>3-Orientar quanto ao tratamento.</p> <p>4-Proporcionar espaço terapêutico para o choro como forma de alívio da angústia, do medo e da</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: O que ainda gostaria de fazer na vida?</p> <p>Paciente: Ah! Não queria muita coisa não, só passar meus dias ainda com meu neto. Porque estou com essa doença, sei lá quanto tempo vou viver ainda...(choro).</p> <p>Enfermeiro: A senhora está com vontade de chorar? Pode chorar!</p> <p>Paciente: Faz tempo que tô assim, com vontade de chorar (choro).</p> <p>Enfermeiro: E por que não chora?</p> <p>Paciente: Tento segurar para não preocupar meus filhos e a minha filha que tá aqui comigo.</p> <p>Enfermeiro: Mas será que ela não quer chorar também? E ficam vocês duas chorando sozinhas, podendo dar força uma para a outra. A senhora já conversou com sua filha sobre isso?</p> <p>Paciente: Não, não conversei nada com ela. Estou me sentindo... sei lá como. Acho que tenho pouco tempo, porque as pessoas quando estão com câncer, podemos dizer que estão mortas, bem dizer. Não tem muito tempo.</p> <p>Enfermeiro: A senhora Acha que é seu caso?</p> <p>Paciente: Acho, né?</p> <p>Enfermeiro: Mas a senhora sabe que, para morrer, basta estar vivo, não é? Ninguém garante o tempo de vida que temos.</p> <p>Paciente: Mas, meu filho, com uma doença dessas (choro), a morte parece mais perto.</p> <p>Enfermeiro: É verdade, mas precisamos aproveitar nosso tempo como se não tivéssemos mais. Quais são seus planos?</p> <p>Paciente: Meus planos? Ah, eu queria mesmo era voltar pra minha casa cuidar das minhas coisas, mas sei que não posso. Mesmo recebendo alta, vou passar um tempo na casa de minha filha, a Fátima, lá fica mais perto de onde eu faço o tratamento. Mas eu queria saber uma coisa.</p> <p>Enfermeiro: Pode perguntar.</p> <p>Paciente: Gostaria de saber se já se espalhou o câncer, os médicos me disseram que era no pulmão, mas não disseram nada se tinha em algum outro lugar.</p> <p>Enfermeiro: E a senhora não perguntou não?</p> <p>Paciente: Não, não perguntei. E esse tratamento (quimioterapia) só serve para o tumor no pulmão?</p> <p>Enfermeiro: Não, quando é feito esse tratamento o remédio vai para o corpo todo. Por isso que a senhora sente tanto enjoo, porque ele ataca tanto as células boas como as do câncer.</p>	<p>anteriores à doença. Também relata que quer passar com o neto os últimos dias que acha que lhe restam. O choro aparece em meio à conversa, e a paciente confia que não chora para não preocupar e não fazer sofrerem seus filhos. Retoma seu receio de morrer por acreditar que ter câncer é uma sentença de morte e que pouco tempo lhe resta. Aproveitando o receio da paciente, perguntei sobre quais os seus planos. Ela disse que gostaria de voltar para sua casa, mas naquele momento talvez não fosse possível, por causa do tratamento que iria ter que continuar mesmo recebendo sua alta hospitalar. Ela fez algumas perguntas sobre o tratamento e seu medo de já ter ocorrido metástase. Perguntada sobre como recebeu o diagnóstico, ela relatou que o médico falou de sua suspeita e que se confirmaram depois com os resultados dos exames. Novamente disse não ter falado com ninguém sobre esse assunto. Pedi que ela avaliasse nossa conversa. Ela disse ter sido boa e ter tirado algumas de suas</p>	<p>mostraram ser em curto prazo.</p> <p>7-Os encontros são oportunidades de orientação e de tirar as dúvidas.</p>	<p>preocupação.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Ah, tá certo, por isso é bom conversar com você, a gente faz as perguntas e tira as dúvidas.</p> <p>Enfermeiro: A senhora pode perguntar, se eu souber responder... Me conte um pouquinho como soube que estava com câncer?</p> <p>Paciente: O médico disse da suspeita e que iria fazer meus exames, depois ele chegou e disse: "Dona P1 é o que eu estava suspeitando". Aí, meu filho não precisava dizer mais nada, né? (choro). Aí conversaram com minha filha e depois os outros ficaram sabendo.</p> <p>Enfermeiro: Mas a senhora nunca conversou com ninguém sobre isso?</p> <p>Paciente: Não.</p> <p>Enfermeiro: Como a senhora avalia nossas conversas?</p> <p>Paciente: Acho boa, não converso com mais ninguém sobre minha saúde, é bom conversar e tirar as dúvidas.</p> <p>Enfermeiro: Estarei aqui, enquanto a senhora estiver internada. A senhora pode contar comigo para o que precisar.</p> <p>Paciente: Bom saber disso.</p> <p>Enfermeiro: Sua medicação chegou, o auxiliar vai fazer agora. Conversaremos outro dia, tá certo?</p> <p>Paciente: Tá certo.</p> <p>Enfermeiro: Há mais alguma coisa que precisa falar agora?</p> <p>Paciente: Não.</p> <p>Enfermeiro: Ah então tudo bem, conversaremos mais depois. Até logo.</p> <p>Paciente: Até logo.</p>	<p>dúvidas. Marcamos nosso próximo encontro.</p>		
<p>Comentários</p>	<p>Bases Teóricas</p>		
<p>Nosso encontro aconteceu no meu plantão noturno e teve a duração de pouco mais de 18 minutos. Percebi a relação terapêutica estabelecida pelo grau de confiança e pela satisfação no encontro, demonstrada pela paciente. O encontro é aguardado como forma de expressar os sentimentos, principalmente a angústia da doença, do tratamento e do receio do sofrimento dos filhos. O tempo é algo imprescindível para o acompanhamento, e o espaço para o choro deve ser valorizado como forma de acolhimento das demandas da pessoa. A interação nesse encontro foi interrompida pela própria dinâmica do serviço e deve ser encarada de forma natural. O local escolhido para o encontro foram os bancos de espera da unidade, um local mais reservado.</p>	<p>1-A relação terapêutica como instrumento de cuidado. 2-A família como valor vivencial. 3- A morte como interrupção da vida e de seu sentido. 4-O sentido da vida revelado através do desejo de ter saúde e de realização das atividades cotidianas.</p>		

5º ENCONTRO: P1

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa tarde, Dona P1! Paciente: Boa tarde Enfermeiro. Enfermeiro: A senhora está bem? Paciente: Tô, meu filho. Se tudo der certo vou receber alta amanhã. A doutora disse que vou para casa e vou continuar o tratamento no CRIO. Lá é melhor porque fica perto da minha casa. Enfermeiro: A Sra. não está sentindo mais nada, não? Paciente: Graças a Deus não senti mais nada, tô bem. Agora é seguir em frente, continuar pra ver se vivo mais uns dias. Enfermeiro: Fico feliz em ver a Sra. bem. Agora quais seus planos pro futuro? Paciente: Meu filho, já enfrentei tanta coisa, tanta luta, que agora só quero mesmo aproveitar o tempo que me resta com meus filhos. Fiquei viúva, morava de aluguel, criei meus filhos, me acho uma vencedora. Construí minha casa, para que vitória maior? Só em ter meu cantinho... Enfermeiro: A senhora avalia sua vida como boa, então? Apesar das dificuldades, qual a vitória maior? Paciente: Criar meus filhos acho que foi... (choro). Tem vitória maior? Enfermeiro: A senhora disse que enfrentou muitas batalhas. Dentre elas qual a senhora considera importante? Paciente: Acho que essa, essa doença deixa a gente perdida, porque, quando a gente tem saúde, pode vir dificuldade! Eu tinha disposição, enfrentava, batalhava e conseguia, sem saúde é difícil. Mas eu vou vencer, tenho fé em Deus. Enfermeiro: A senhora já pensou como vai ser a vida agora? Paciente: Vou para casa da minha filha, a Fátima, lá fica mais perto do CRIO e no final de semana dou uma passadinha em casa, mas não tenho condições de fazer o que eu fazia. Agora vou ficar na casa de um e de outro, vai ser bom. Vou ser turista. Quero mesmo é ganhar uns dias. Minha mãe teve um câncer também e ainda durou 5 anos. Morreu de outra coisa, uma queda que levou. Minha nora teve um câncer também, até hoje vive sem nenhum problema. Quero viver e se Deus me levar estou preparada, me entreguei nas mãos de Deus. Enfermeiro: Se entregar nas mãos de Deus ajuda a senhora? Paciente: Só ajuda. Ele sabe tudo e é isso meu filho, tô fazendo tudo que precisa, aí é esperar em Deus.</p>	<p>Iniciamos o encontro com os cumprimentos habituais e a paciente relatando que estaria de alta provavelmente no dia seguinte. Indagada sobre seus planos, ela relatou suas dificuldades, lutas e vitórias na vida. Relembrou que a criação dos filhos e a construção de sua casa foram as suas maiores realizações e vitórias. Ressaltou ainda a importância de ter saúde para enfrentar as dificuldades que aparecem na vida e descreveu seus planos depois que receber alta. Passaria a morar na casa de sua filha e continuaria seu tratamento no CRIO. Ela traz em nossa conversa sua esperança de ter mais alguns anos de vida e enumera pessoas que enfrentaram essa situação e se recuperaram. Afirma ter o desejo de viver um pouco mais. Sobre como avaliava nossos encontros disse terem sido maravilhoso por ter a oportunidade de conversar, desabafar e chorar. As conversas proporcionaram reflexões</p>	<p>1-As dificuldades vividas são fontes de sentido. 2-A criação dos filhos é motivo de orgulho. 3- A construção de sua casa representa a realização de sua vida. 4- A saúde é um aspecto muito importante no enfrentamento das dificuldades da vida. 5- A doença fragiliza a pessoa a ponto de o paciente não se sentir capaz de enfrentar as dificuldades. 6- A relação de ajuda é uma forma autêntica de cuidado. 7- O internamento hospitalar pode favorecer o crescimento pessoal.</p>	<p>1-Favorecer a descoberta de sentido na sua história de vida. 2-Incentivar a elaboração de planos para o futuro. 3-Elaborar estratégias para enfrentar a situação desfavorável que a doença proporciona. 4-Prepara para o fim da relação.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Quer dizer Dona P1 esse pode ser nosso último encontro. Como foram para senhora nossos encontros?</p> <p>Paciente: Para mim, foi maravilhoso! Só ter alguém pra conversar, desabafar e chorar. Essas conversas me ajudaram muito a pensar na minha situação, ficava pensando... Só tenho a agradecer a você e o pessoal aqui. Fui muito bem tratada. Aqui o pessoal é gentil, tem conforto, ficamos aqui como uma família. Você veja, Dona Auxiliadora (paciente que ficava no leito esquerdo) quando saiu hoje, chorou.</p> <p>Enfermeiro: Quero desejar-lhe boa sorte e força para enfrentar o restante do tratamento. Talvez no próximo plantão não a encontre, mas se ainda estiver poderíamos continuar conversando.</p> <p>Paciente: Tudo bem, a doutora disse que me daria alta, mas vou voltar para as consultas de retorno.</p> <p>Enfermeiro: É verdade, mas dificilmente nos encontraremos, porque estou aqui apenas nos plantões noturnos. Mas, de qualquer forma, se precisar de alguma coisa, a senhora pode ligar pra cá.</p> <p>Paciente: Você me dá o telefone daqui?</p> <p>Enfermeiro: Sim, vou anotar aqui nesse papelzinho para a senhora. Quero que saiba que estou à disposição para o que a senhora precisar. Não se acanhe de ligar, tá?</p> <p>Paciente: Obrigada, meu filho.</p> <p>Enfermeiro: Até mais!</p>	<p>sobre a vida. Afirmou ainda que no internamento foi bem tratada por todos e fez amizades nesse período. Nesse encontro finalizamos a relação de ajuda.</p>		
Comentários		Bases Teóricas	
<p>O encontro aconteceu no mesmo local do encontro anterior, nos bancos de espera da unidade. Esse local, apesar de ser mais reservado, ainda propicia pouca privacidade pela circulação de pessoas, pois somente os pacientes estáveis podem se deslocar até lá. Teve a duração de 30 minutos e aconteceu fora do meu horário de trabalho. Percebi que a paciente estava alegre pela possibilidade de alta e continuidade do tratamento próximo de sua casa. Avalio de forma positiva o processo de relação de ajuda por estreitar os vínculos, propiciar reflexões e criar espaço para a expressão de pensamentos e sentimentos.</p>		<p>1-O sofrimento inevitável como fonte de sentido. 2-A realização de uma tarefa/missão/trabalho como valor criativo. 3- A relação terapêutica como instrumento de cuidado. 4-A esperança como fonte motivadora da vida.</p>	

APÊNDICE 5 - DESCRIÇÃO DAS INTERAÇÕES (PACIENTE 2)

1º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Olá, Dona P2! A senhora precisa aspirar? Volto já com o material pra aspirá-la, tá? (realizada a aspiração).</p> <p>Enfermeiro: Como se sente hoje?</p> <p>Paciente: Bem</p> <p>Enfermeiro: A senhora tá conseguindo dormir?</p> <p>Paciente: Tô, mas estou muito sonolenta, sem forças, numa fraqueza. Minhas pernas não têm forças.</p> <p>Enfermeiro: Desde quando está assim?</p> <p>Paciente: Começou quando comecei a tomar a amitriptilina.</p> <p>Enfermeiro: Pode ser sim, esse medicamento é um antidepressivo, mas é usado para tratar outras coisas também.</p> <p>Paciente: É, o médico passou porque eu estava com uns tremores, mas ele solicitou uma tomografia.</p> <p>Enfermeiro: Ah! E consegue comer direitinho?</p> <p>Paciente: Tô comendo direitinho.</p> <p>Enfermeiro: Está conseguindo defecar e urinar?</p> <p>Paciente: Tá tudo direitinho.</p> <p>Enfermeiro: Ótimo, mas como está o coração?</p> <p>Paciente: Como assim?</p> <p>Enfermeiro: Seus sentimentos, como tem sido viver tudo isso? A doença, estar internada...</p> <p>Paciente: Sim... Não está nada fácil, tenho muita tosse, dores e cansaço. Não tô em casa, tenho saudade da minha casa.</p> <p>Enfermeiro: Deve ser difícil pra senhora estar longe de suas coisas, mas precisa fazer o tratamento, não adianta ir para casa agora e ter que voltar às pressas a qualquer momento. Talvez, depois dos exames, do tratamento, a senhora terá a avaliação médica e aí seja possível a senhora ir para casa.</p> <p>Paciente: Mas como eu vou para casa com isso (traqueóstomo)?</p> <p>Enfermeiro: Não tem problema não, muitas pessoas vivem com o traqueóstomo.</p> <p>Paciente: E para aspirar?</p> <p>Enfermeiro: Quando a senhora estiver colocando para fora sozinha, não precisa aspirar, além de ser muito agressivo aspirar.</p>	<p>O primeiro encontro teve início na visita de rotina. No primeiro contato, observei a necessidade de realizar a aspiração de secreção pelo traqueóstomo. Após realizar o procedimento, comecei a tabular uma conversa sobre seu estado naquele momento, e a paciente relatou que se sentia fraca e atribuía isso à medicação que estava usando (amitriptilina). Indaguei não somente sobre seu estado geral, mas também com relação aos sentimentos. A paciente se queixou de dores, tosse e cansaço, mas falou também sobre a vontade de ir pra casa. Argumentei que o tratamento era importante e que a alta deveria ser dada quando tudo estivesse bem para não ser preciso voltar ao hospital às pressas. Tentei tranquilizá-la com relação ao traqueóstomo e seus cuidados no momento da alta e quando estivesse em casa. Apresentei o estudo e convidei-a para participar, o que foi aceito. Demos</p>	<p>1-A relação de ajuda pode ser construída a partir da realização de técnicas e procedimentos. Seu estabelecimento ocorreu nesse momento.</p> <p>2-As medicações usadas pela paciente podem alterar seu estado geral.</p> <p>3-A vontade de voltar para casa é algo importante nesse momento.</p> <p>4- A casa representa sua individualidade e segurança.</p> <p>5-As orientações sobre a estadia e alta hospitalar fazem parte dos cuidados de Enfermagem.</p> <p>6-O contrato do desenvolvimento da relação de ajuda foi estabelecido.</p>	<p>1-Realizar aspiração de secreção traqueobrônquica sempre que necessário.</p> <p>2-Orientar quanto à preparação para alta.</p> <p>3-Oferecer suporte de apoio para dúvida e esclarecimento.</p> <p>4- Desenvolver a relação de ajuda.</p> <p>5- Preparar para o fim da relação.</p> <p>6- Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>7-Propor alternativas para comunicação.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Tenho medo de sufocar em casa.</p> <p>Enfermeiro: Se a senhora receber alta orientamos direitinho, e sua filha já aprendeu bastante, tá craque.</p> <p>Paciente: Acho ruim sair assim.</p> <p>Enfermeiro: É, mas não se angustie antes do tempo. Quando a senhora receber alta, vamos tentar resolver tudo pra não ter problema em casa. Olha só Dona P2, eu estou conversando com os pacientes e convidando-os se quiserem participar de uma pesquisa sobre o cuidado aqui no hospital. Nós queremos cuidar melhor e para isso o que os pacientes nos dizem tem muita importância. A senhora gostaria de participar?</p> <p>Paciente: Quero, mas será que eu vou conseguir?</p> <p>Enfermeiro: Enquanto a senhora estiver aqui conversaremos. Se, por acaso, a senhora receber alta, nossas conversas acabam. Vou trazer o documento que diz que a senhora concorda em participar desse estudo. Se a senhora estiver de acordo, começamos. O que acha?</p> <p>Paciente: Eu aceito, tá certo.</p> <p>Enfermeiro: Acompanharei a senhora enquanto estiver aqui no hospital. Marcaremos um tempinho no plantão para conversarmos. Podemos marcar nossa próxima conversa para depois de amanhã.</p> <p>Paciente: Tá certo.</p>	<p>prosseguimento aos trâmites de consentimento e firmamos o contrato da relação de ajuda.</p>		
<p>Comentários</p>	<p>Bases teóricas</p>		
<p>O encontro aconteceu no leito da paciente por ela estar acamada. Havia privacidade, pois a enfermaria era apenas de dois leitos e o outro leito estava vazio, pois era considerado de isolamento porque a paciente tinha sido transferida da UTI. A filha esteve presente durante toda a interação auxiliando na comunicação porque a paciente estava traqueostomizada e muitas palavras mostravam-se incompreensíveis, mas não senti que esse fato comprometeu a interação. O encontro ocorreu durante o plantão noturno e teve a duração de 27 minutos. Percebi que a paciente demonstrou surpresa quando indaguei sobre seus sentimentos. E algo importante de ser ressaltado é o fato de querer voltar para casa, como intenção de se sentir segura e apoiada.</p>	<p>1-A relação de ajuda inicia-se com o contrato. 2- O enfermeiro se oferece como instrumento de cuidado. 3-A relação de ajuda acontece quando as duas partes, enfermeiro e pacientes, estão cômicos e interessados na relação. 4-O ambiente de conforto e segurança. 5-O acesso do paciente é na ordem psicofísica.</p>		

2º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, Dona P2! Como a senhora se sente hoje?</p> <p>Paciente: Tô bem.</p> <p>Enfermeiro: A senhora lembra da última vez que nos falamos? Falamos sobre como tem passado esses dias, lembra?</p> <p>Paciente: Lembro!</p> <p>Enfermeiro: A senhora poderia contar como foi que descobriu que estava doente?</p> <p>Paciente: Começou com uma rouquidão. Gostava de cantar na Igreja, num dia comecei a ficar rouca e não ter mais voz. Aí procurei o médico, fiz uns exames e descobri que estava com o linfoma.</p> <p>Enfermeiro: Como foi para senhora receber essa notícia?</p> <p>Paciente: Foi muito difícil, né? Mas o médico que me atendeu foi muito bom, foi o Dr. X da Santa Casa. Fiz lá os exames, ele me explicou tudinho, foi marcado o retorno, mas eu piorei. Estava muito cansada, não conseguia respirar, aí meus filhos me levaram para o Gonzaguinha de Messejana e depois eles me encaminharam para cá. Aqui fiquei na UTI e fizeram isso (traqueostomia), depois fui trazida pra cá.</p> <p>Enfermeiro: Foi muito sofrimento, não foi? Como tem vivido tudo isso?</p> <p>Paciente: Meu filho, é difícil, não é fácil, mas o que me ajuda é o amor dos meus filhos.</p> <p>Enfermeiro: De que maneira esse amor ajuda?</p> <p>Paciente: Saber que não estou sozinha, que posso contar com eles (Choro).</p> <p>Enfermeiro: São quantos filhos?</p> <p>Paciente: São quatro, dois homens e duas mulheres.</p> <p>Enfermeiro: Sente falta de alguma coisa?</p> <p>Paciente: Da minha casa, de ir à igreja, de cantar na igreja.</p> <p>Enfermeiro: A senhora gosta de cantar?</p> <p>Paciente: Gosto, mas depois que eu fiquei doente, não tive mais voz.</p> <p>Enfermeiro: Qual a música que a senhora gosta mais de cantar?</p> <p>Paciente: O amor é o bem maior.</p> <p>Enfermeiro: Ah! Eu conheço essa música, vamos cantar?</p> <p>“o amor é o bem maior, riqueza de valor para o coração, o amor é eficaz e alegria traz tanta emoção...”. Ah, eu não sei direito!</p> <p>Paciente: E eu também não!</p> <p>Enfermeiro: Vou arranjar a letra e cantaremos a música direitinho na</p>	<p>O segundo encontro aconteceu após a visita de rotina do plantão noturno. Relembrei o que havíamos combinado sobre as conversas e os encontros e iniciei perguntando como a paciente descobriu que estava doente. Ela relatou que percebeu que estava rouca e sem voz ao cantar na Igreja, coisa que fazia costumeiramente. Após exames, foi diagnosticado um linfoma. Ela disse ter sido difícil e que teve uma crise, sendo encaminhada a este hospital, mas antes passara pelo Gonzaguinha de Messejana. Indaguei como tem vivido toda essa situação e ela disse novamente ser difícil e que o amor dos quatro filhos por ela tem ajudado a enfrentar tudo. Perguntei também se sentia falta de alguma coisa. Ela respondeu que sentia falta de cantar e uma música citada por ela foi “O amor é o bem maior”. Tentamos cantar a música, mas não sabíamos a letra e prometi a ela trazê-la nos outros encontros para cantarmos juntos. Continuei perguntando sobre o</p>	<p>1-As primeiras manifestações da doença podem aparecer nas atividades cotidianas.</p> <p>2-A doença causa muito sofrimento.</p> <p>3-O amor dos filhos ajuda no enfrentamento da doença e do sofrimento.</p> <p>4-A música pode ser utilizada como recurso terapêutico.</p> <p>5-As reações à radioterapia podem não aparecer de imediato.</p> <p>6-A comunicação pode ser prejudicada pelo traqueostomo e pela secreção retida.</p> <p>7-A necessidade de aspiração de secreção traqueobrônquica e hipertermia pode adiar a alta hospitalar.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2-Envolver a família nos cuidados.</p> <p>3-Valorizar e apoiar a presença familiar.</p> <p>4-Utilizar a música para favorecer a interação e a expressão de sentimentos.</p> <p>5-Orientar para as possíveis reações da radioterapia e seus cuidados.</p> <p>6-Aspirar a secreção traqueobrônquica, se necessário.</p> <p>7-Propor alternativas para a comunicação.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>próxima vez que eu estiver de plantão. Que outras músicas a senhora gostaria de cantar?</p> <p>Paciente: Tem tantas...</p> <p>Enfermeiro: O que acha de cantarmos mais em nossos encontros?</p> <p>Paciente: Vou gostar muito.</p> <p>Enfermeiro: Então tá feito, vou trazer as músicas e cantamos juntos, tá?</p> <p>Paciente: Tá.</p> <p>Enfermeiro: E o tratamento no CRIO?</p> <p>Paciente: Tá bom, não tenho queixa.</p> <p>Enfermeiro: Faltam muitas sessões de radioterapia?</p> <p>Paciente: Não, tá quase acabando, só falta sete sessões.</p> <p>Enfermeiro: A senhora já sabe como será depois de acabar as sessões?</p> <p>Paciente: Os médicos ainda não disseram, queriam me dar alta, mas como eu vou com esse negócio(traqueóstomo)? Mas tive febre também, aí acharam melhor passar mais um tempo.</p> <p>Enfermeiro: A senhora gostaria que eu aspirasse agora?</p> <p>Paciente: Pode ser.</p> <p>Enfermeiro: Vou preparar o material...Vamos lá, Dona P2? Vou começar. (Realizada aspiração).</p> <p>Enfermeiro: Agora vou deixar a senhora descansar um pouco, tá? Conversamos em outro momento, tá bom?</p> <p>Paciente: Tá certo, meu filho. Obrigada, viu?</p> <p>Enfermeiro: Não há de quê! Até mais.</p>	<p>tratamento no CRIO e ela disse que estava bem, sem nenhuma reação da radioterapia até o momento. A paciente relatou que sua alta foi cogitada, mas ela questionou o fato de necessitar de aspiração. Por isso, e por ter tido febre, a alta foi adiada. Realizei a aspiração no momento da interação, pois a secreção retida atrapalhava a comunicação. Após a aspiração, despedimos-nos e marcamos nossa próxima conversa.</p>		
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu no leito porque a paciente se encontrava acamada. Teve 37 minutos de duração e se deu no meu plantão. Nessa interação, percebi que fiz muitas perguntas na ânsia de coletar dados, não permitindo à paciente pensar detidamente e tampouco desenvolver as questões suscitadas, ficando, assim, as respostas na superficialidade. Pude notar que o que conversamos trouxe, de certa forma, a oportunidade de falar coisas que não tinham espaço para serem expressas. O estado geral da paciente não era bom e a comunicação tinha suas dificuldades: primeiro pela traqueostomia e, segundo, pela secreção retida. A filha que estava acompanhando foi importante na interação, pois traduzia as palavras incompreensíveis para mim. Isso pode comprometer a privacidade, mas, nesse momento, não havia outra maneira de interagirmos. Providenciei papel e caneta no intuito de facilitar a comunicação. A enfermaria encontrava-se ainda no isolamento de contato, com um dos leitos vazio.</p>		<p>1-O amor como valor vivencial. 2-A música como dispositivo espiritual e valor criativo. 3-A família como propiciadora de valor vivencial. 4-A comunicação como instrumento da relação de ajuda. 5-A relação de ajuda como forma autêntica de cuidado. 6-A dimensão psicofísica condiciona o homem. 7-As dimensões humanas formam uma unidade na multiplicidade.</p>	

3º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, Dona P2. Como está hoje?</p> <p>Paciente: Eh... Mais ou menos.</p> <p>Enfermeiro: Mais ou menos, por quê?</p> <p>Paciente: Tenho sentido muitas dores nas costas. Minha filha disse que é da radioterapia.</p> <p>Enfermeiro: Deixa eu dar uma olhadinha.</p> <p>Enfermeiro: É, acho que preciso trocar esse curativo. Essa ferida é da radioterapia mesmo, mas se a senhora não mudar de posição, vai piorar as coisas. A senhora não deve ficar deitada só nessa mesma posição. Deve ficar um pouquinho do lado direito e, depois, do lado esquerdo, para aliviar um pouco essa região. A senhora entendeu?</p> <p>Paciente: Entendi, mas eu tô mudando de posição de vez em quando.</p> <p>Enfermeiro: A senhora espera um minutinho que vou preparar o material para o curativo.</p> <p>Paciente: Tá bom.</p> <p>Enfermeiro: Ok! Dona P2, vamos virar um pouquinho pra trocar esse curativo?</p> <p>(Troca de curativo).</p> <p>Enfermeiro: Dona P2, a senhora precisa ser aspirada também. Vamos lá?</p> <p>(Realizada aspiração)</p> <p>Enfermeiro: Mas, me conte, como tem sido o tratamento?</p> <p>Paciente: Tá bom, estou esperando o resultado dos exames e ver o que os doutores vão decidir.</p> <p>Enfermeiro: O que a senhora gostaria de fazer?</p> <p>Paciente: Eu queria ficar boa, ir para casa e ficar boa mesmo.</p> <p>Enfermeiro: O que pensa fazer?</p> <p>Paciente: Ah, meu filho, só voltar para casa já é muita coisa, né?</p> <p>Enfermeiro: Ficar perto dos seus, é? Ah, não esqueci a música que prometi trazer pra cantarmos, tá?</p> <p>Paciente: Tá, ah, a música "O amor é o bem maior".</p> <p>Enfermeiro: Essa mesma, próximo encontro eu trago, tá? No próximo plantão conversamos mais.</p>	<p>Iniciamos o terceiro encontro com os cumprimentos habituais. Perguntei como se sentia. A paciente disse que sentia dores nas costas. Ao inspecionar a região, percebi que havia necessidade de renovar o curativo. Orientei quanto à importância da mudança de decúbito. Durante a interação, renovei o curativo da lesão extensa que abrangia a região escapular, causado pela radioterapia. Logo em seguida, tive que aspirar, pois se acumulava bastante secreção traqueobrônquica. Indaguei novamente sobre o tratamento, e a paciente disse que estava bem, apesar da lesão já citada e aguardava o parecer do médico após receber os exames. Perguntei sobre seus planos e ela disse querer apenas ir pra casa e isso para ela já bastava. Finalizamos nossa interação e prometi trazer a letra da música no próximo encontro.</p>	<p>1-A paciente apresentou uma lesão causada pela radioterapia.</p> <p>2-As orientações quanto à mudança de decúbito fazem parte dos cuidados de Enfermagem.</p> <p>3-A conversa foi entrecortada pela realização de procedimentos.</p> <p>4-Ter planos para o futuro pode manter o sentido na vida e nas situações.</p> <p>5- Ir para casa é seu desejo maior, ocupando os seus planos no momento.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2-Renovar curativo.</p> <p>3-Aspirar a secreção traqueobrônquica, se necessário.</p> <p>4-Incentivar a elaboração de planos a curto e a médio prazo.</p> <p>5-Valorizar o desejo do retorno a sua casa.</p> <p>6-Apoiar e orientar a mudança de decúbito.</p> <p>7-Preparar para o término da relação de ajuda.</p>
Comentários		Bases teóricas	
Esse encontro foi atípico, teve a duração de 57 minutos, incluindo a renovação de curativo, a aspiração e o diálogo. Ocorreu durante o meu plantão semanal. O estado geral ainda inspira cuidados, mostrava-se		1- O ambiente de conforto e segurança. 2-A relação de ajuda como forma autêntica de	

sonolenta e com bastante secreção traqueobrônquica, além de uma extensa lesão na região escapular, causada pela radioterapia. Nossa conversa se desenvolveu de forma espontânea. Evitei fazer perguntas sem dar tempo à paciente de responder. Esse encontro foi curto em termos de conteúdo, mas a interação foi profícua, pois senti a confiança se estabelecendo. A comunicação foi realizada ainda com ajuda da filha, mas tentamos introduzir a prancheta para a escrita de alguma coisa, mas não houve oportunidade.

cuidado.
3- O acesso do paciente é na ordem física.

4º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa tarde, Dona P2. Como a senhora está? Paciente: Mais ou menos. Enfermeiro: Mais ou menos? O que está aborrecendo a senhora? Paciente: As dores, o desânimo. Enfermeiro: Onde são as dores? Paciente: Nas costas e no bumbum. Enfermeiro: Tomou alguma medicação? Paciente: Tomei. Enfermeiro: Faz tempo que está sentindo dores? Paciente: É por conta da escara. Enfermeiro: Ah, sim, então temos que ficar trocando de posição, não é? Paciente: É, eu tô mudando. Enfermeiro: Temos que ficar observando essas feridas para não piorarem. Sabe o que eu trouxe pra a senhora? A música que eu tinha prometido que cantaríamos juntos Está lembrando? Paciente: Estou! Enfermeiro: Talvez damos um jeito nesse desânimo. Será que a senhora consegue ler? Paciente: Vamos ver. Enfermeiro: Vamos lá! “O amor é bem maior...” (A paciente acompanha a letra, canta e chora). Enfermeiro: Essa música mexe com a senhora? Paciente: Mexeu, me trouxe lembranças... Enfermeiro: Talvez seja preciso aspirar a secreção. A senhora aguarda um minutinho que eu aspiro e voltamos a conversar. Paciente: Tá certo. (Realizada aspiração). Enfermeiro: Nós estávamos falando de suas lembranças. A senhora gostaria de falar sobre elas? Paciente: Sim, lembrei muito do meu marido (choro).</p>	<p>No quarto encontro iniciamos, como de costume, com os cumprimentos e logo percebi que estava mais largada que das outras vezes. Perguntei como estavam as coisas e ela disse que sentia dores nas costas, na lesão. Ressaltei a necessidade de mudança de decúbito e mostrei a letra da música que havia prometido. Cantamos a música, observei sua emoção e as lágrimas que caíam no rosto, também percebi que já se acumulava bastante secreção traqueobrônquica. Realizei a aspiração e depois continuamos a falar. Foi quando perguntei o que essa música representava, e a paciente disse que fazia lembrar-se do marido e que eram lembranças boas e más, pois apesar de amá-lo demais, ele a fez sofrer muito com o alcoolismo. Solicitei que ponderasse o que teve de ganhos nessa relação e</p>	<p>1-As dores contribuem para o comprometimento do estado geral da paciente. 2-As orientações quanto à mudança de decúbito fazem parte dos cuidados de Enfermagem. 3- A música faz emergir conteúdos do passado. 4-A música favorece a expressão de sentimentos. 5-O enfermeiro precisa acolher e direcionar as demandas suscitadas pelo paciente. 6-Pensar nos pontos bons e maus ajudam na análise das situações vividas. 7-Ressaltar os pontos positivos é importante para lidar com os negativos. 8-A expressão de sentimentos traz bem-estar ao paciente.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos. 2-Aspirar secreção traqueobrônquica, se necessário. 3-Apoiar e orientar a mudança de decúbito. 4-Oferecer suporte na expressão de sentimentos. 5-Ajudar a paciente a avaliar as situações da vida. 6-Aliviar a dor com a administração de medicação prescrita, mudança de decúbito e massagem na pele íntegra. 7- Utilizar a música para</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: A senhora o amava muito?</p> <p>Paciente: Amava, mas ele me fez muito sofrer, bebia muito, foi muito sofrimento.</p> <p>Enfermeiro: A música fala do amor e a senhora lembrou do seu marido, nessa história há outras coisas além do sofrimento?</p> <p>Paciente: Sim, ele me deu filhos.</p> <p>Enfermeiro: Se a senhora pesar na balança as coisas boas e as ruins na sua história com ele, como fica a balança?</p> <p>Paciente: Não sei! Acho que igual.</p> <p>Enfermeiro: A senhora já pensou se não tivesse seus filhos, nesse momento?</p> <p>Paciente: É...</p> <p>(Dificuldade de falar e de se fazer entender com bastante secreção traqueobrônquica).</p> <p>Paciente: Tive outras lembranças. Minhas amizades, outras pessoas que eu amo (choro).</p> <p>Enfermeiro: Vamos cantar outra musiquinha? Mas pode chorar, essa música serve pra isso: “encosta tua cabecinha no meu ombro e chora...”!</p> <p>Enfermeiro: Gostaria de falar alguma coisa? Estou aqui pra cuidar e pra ouvir a senhora.</p> <p>Paciente: Obrigado, mas é só saudade. Lembrei das pessoas que eu amo. Meu filho, Deus te abençoe, estou muito contente com sua visita. (Silêncio prolongado)</p> <p>Enfermeiro: Como foi para senhora eu ter trazido a música?</p> <p>Paciente: Foi maravilhoso, estou pensando no amor, amo todos vocês. Não lembrava dessas pessoas faz muito tempo, agora parece que fiquei mais tranquila, em paz.</p> <p>Enfermeiro: Voltarei quarta-feira e conversaremos mais, tudo bem?</p> <p>Paciente: Tudo.</p>	<p>ela citou os filhos, mas, ao analisar as situações, disse que perdas e ganhos eram iguais. Apelei para a importância dos filhos na situação em que se encontrava. Ela ficou pensativa, depois disse ter lembrado também de seus amigos e parentes e chorou novamente. Cantamos outra música a fim de criar espaço de acolhimento dos sentimentos. Ela agradeceu e comentou estar mais tranquila e em paz. Encerramos a interação e marcamos o próximo encontro para a quarta-feira seguinte.</p>		<p>favorecer a interação e a expressão de sentimentos.</p>
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu fora do horário de trabalho, reservado exclusivamente à interação. Teve 34 minutos de duração e ocorreu no leito. Senti no olhar da paciente que, apesar de seu estado de desânimo e dor, ela ficou feliz em me ver. Essa interação foi especial, pois pude utilizar a música e observar que ela ajuda na expressão de sentimentos, mas nem por isso é tranquilo, porque exige do enfermeiro tempo e habilidade de lidar com as demandas suscitadas por ela. O ambiente ainda estava privativo, mas estavam aguardando a chegada de outra paciente para ocupar o leito vago. A acompanhante era outra filha e não a das interações anteriores. A comunicação foi satisfatória, mesmo não estando a filha que conseguia decifrar as palavras incompreensíveis. Integrar lembranças e proporcionar tranquilidade e paz, sem</p>		<p>1-O amor como valor vivencial. 2-A música como dispositivo espiritual e valor criativo. 3-A família como propiciadora de valor vivencial. 4-A relação de ajuda como forma autêntica de cuidado. 5- O acesso do paciente é na ordem psicofísica.</p>	

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
dúvida, faz parte dos cuidados espirituais.			

5º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, Dona P2. Como estão as coisas?</p> <p>Paciente: Estão boas.</p> <p>Enfermeiro: Como passou esses dias?</p> <p>Paciente: Mais ou menos.</p> <p>Enfermeiro: Como assim?</p> <p>Paciente: Andei sem ânimo.</p> <p>Enfermeiro: O que houve? Estou notando que as feridas até estão sarando, e a escara?</p> <p>Paciente: Está sarando também. Mas estou sem coragem.</p> <p>Enfermeiro: Devem ser difíceis esses dias, mas esse momento é importante pra senhora decidir como viver tudo isso. Que bom que as feridas estão sarando e está ficando tudo nos conformes, né?</p> <p>Paciente: É, graças a Deus.</p> <p>Enfermeiro: A senhora lembra que em nosso último encontro cantamos a música que a senhora gosta?</p> <p>Paciente: Sim, lembro.</p> <p>Enfermeiro: Falamos sobre suas lembranças e sobre sua vida. Como tem sido sua vida até aqui?</p> <p>Paciente: Muito sofrida, mas não deixa de ser boa. Gosto muito da minha vida.</p> <p>Enfermeiro: O que a faz ser boa?</p> <p>Paciente: Ter meus filhos, saber que eles são tão bons. Essa daí, a (filha e acompanhante), não sei, que filha maravilhosa!</p> <p>Enfermeiro: Realmente ela está sempre com a senhora, não é mesmo?</p> <p>Paciente: É, Ave Maria. Ela só não tá aqui quando tem alguma coisa pra resolver, aí vem minha outra filha, mas ela não pode ficar aqui muito não, porque ela tem uma filhinha pequena, eu entendo. Mas tem uma coisa que eu me arrependo.</p> <p>Enfermeiro: O que, Dona P2?</p> <p>Paciente: As brigas com meu marido. Briguei muito com ele. Eu não precisava ter brigado tanto, mas ele bebia muito.</p> <p>Enfermeiro: A senhora faria diferente se tivesse uma outra oportunidade?</p>	<p>O quinto encontro começou como habitualmente. Perguntei como tinha passado os dias e ela respondeu que não estava muito bem. Comentei que as feridas estavam quase saradas e indaguei sobre a úlcera de pressão na região sacral. A paciente respondeu que também estava sarando. Lembrei sobre nossa última conversa, e a paciente disse que sua vida é boa, apesar do sofrimento. Sobre isso, perguntei o que faz a vida ser boa, o que ela respondeu, que são os filhos que tem e, especialmente, sua filha que a acompanha no hospital. A paciente, pensando ainda em suas lembranças confidenciou que as brigas com o marido era seu motivo de arrependimento. Disse que não deveria ter brigado tanto, mesmo com toda a bebedeira dele. Intervi perguntando se faria diferente, o que prontamente disse que sim. Passei, então, a discutir o aprendizado obtido das experiências</p>	<p>1-Os filhos são fonte de força e sentido para a vida.</p> <p>2-O sentimento de culpa pode ser causa de sofrimento.</p> <p>3-O adoecimento pode proporcionar crescimento pessoal e trazer mudanças na vida.</p> <p>4-A paz, a tranquilidade e a paciência foram adquiridas após a experiência de sofrimento.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2-Aspirar secreção traqueobrônquica, se necessário.</p> <p>3-Ajudar a paciente a refletir sobre os erros e aprender com eles.</p> <p>4-Valorizar os ganhos advindos das situações de sofrimento.</p> <p>5-Favorecer a descoberta do sentido do sofrimento.</p> <p>6-Ajudar a paciente a avaliar as situações da vida.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Faria!</p> <p>Enfermeiro: Então a senhora deve ter aprendido! É isso que vale, aprender com os erros. É, o tempo talvez não seja possível recuperar, mas podemos tirar proveito das situações vividas.</p> <p>Paciente: Você pode aspirar um pouco agora?</p> <p>Enfermeiro: Posso, Dona P2. Vou preparar o material.</p> <p>Paciente: Obrigada, meu filho. (Realizada a aspiração traqueobrônquica)</p> <p>Enfermeiro: Pronto, Dona P2.</p> <p>Paciente: Obrigada meu filho, Deus lhe pague.</p> <p>Enfermeiro: Não foi nada, Dona P2. Nós estávamos falando da possibilidade de aprendermos com as situações que vivemos antes. Há alguma coisa que a senhora tenha aprendido?</p> <p>Paciente: Aprendi muito, meu filho, eu sou muito diferente do que eu era antes. Me tornei mais paciente e calma, eu era muito nervosa, aperreada. Agora aprendi a esperar.</p> <p>Enfermeiro: A senhora aprendeu a ser mais tranquila depois da doença?</p> <p>Paciente: Justamente. A gente aprende que não adianta se desesperar. É esperar primeiramente em Deus e depois nos médicos.</p> <p>Enfermeiro: Esperar, para senhora é tranquilo agora?</p> <p>Paciente: É, porque não tem jeito, né? A gente acaba tendo que esperar, mas, pra mim, eu estou mais calma. Antes, tudo era motivo pra ficar com medo. Agora, não.</p> <p>Enfermeiro: Então a senhora descobriu um ganho nessa situação de doença?</p> <p>Paciente: É, por um lado, sim, por outro, essa doença é horrível.</p> <p>Enfermeiro: Horrível por quê?</p> <p>Paciente: Ora por que! Eu tenho sofrido, desde o início e... ficar aqui, longe da minha casa... Quase morri. Cheguei aqui desacordada, fiquei na UTI.</p> <p>Enfermeiro: Entendo, Dona P2. Só perguntei porque queria saber sua resposta.</p> <p>Paciente: Meu filho, desde que descobri essa doença, não tenho parado, é em médico, é exame, é hospital, é remédio.</p> <p>Enfermeiro: Posso imaginar tudo o que a senhora deve ter passado. O que a senhora disse hoje é importante para entender a sua situação. Mesmo que tenha sido sofrido, a senhora aprendeu algumas coisas, não foi?</p>	<p>vividas. A paciente precisou aspirar. Interrompemos a conversa para o procedimento e depois voltamos ao mesmo assunto. A paciente disse que tinha aprendido e melhorado após a doença, tinha se tornado uma pessoa mais tranquila, paciente e segura. Por um lado, ela disse ter aprendido, por outro, ter sofrido muito também. Ela passa a descrever todo sofrimento, tratamento, exames e internações. Comentei que esse itinerário todo deve ter sido sofrido, mas que foi rico em ensinamento e importante para enfrentar futuros sofrimentos, o que a paciente confirmou. Finalizamos a interação e marcamos o próximo encontro.</p>		

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Foi.</p> <p>Enfermeiro: Isso também é importante porque nos ajuda a enfrentar as dificuldades e saber que podemos aprender algumas coisas com elas</p> <p>Paciente: Eu tenho aprendido.</p> <p>Enfermeiro: Foi muito boa nossa conversa hoje. No próximo plantão, voltamos a conversar, tá bom?</p> <p>Paciente: Tá certo, meu filho.</p>			
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu ainda no leito e durante meu plantão noturno semanal. Teve a duração de 43 minutos. O ambiente já não era tão privativo, pois, o leito que estava vago fora ocupado por uma paciente procedente da UTI. Tentei conversar mais baixo e colocar o biombo para separar os leitos e oferecer certa privacidade. O que conversamos parece ter sido fruto de um amadurecimento da paciente pelo sofrimento vivenciado, o que oferece indícios de um sentido percebido nas situações adversas. Percebi também que a interação aconteceu de forma mais espontânea, sem a necessidade de perguntas, cuja intenção era apenas a coleta de dados e senti expressões afetuosas de apreço e confiança. A comunicação foi satisfatória, a paciente já conseguia falar bem ocluindo o traqueóstomo, e a acompanhante era outra filha.</p>		<p>1-O sofrimento como valor atitudinal.</p> <p>2-A responsabilidade como aspecto da espiritualidade humana.</p> <p>3-O desenvolvimento humano a partir do sofrimento.</p> <p>4- O acesso do paciente é na ordem psíquica.</p> <p>5- A família como valor vivencial.</p>	

6º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Olá, Dona P2!</p> <p>Paciente: Tava nesse instante lembrando de você, tava pensando: “quando é que ele vem?”.</p> <p>Enfermeiro: Era mesmo? Fico muito feliz de ser lembrado e esperado pela senhora.</p> <p>Paciente: Tava sentindo falta e tá tudo bem, graças a Deus.</p> <p>Enfermeiro: Como estão as costas? Posso dar uma olhadinha?</p> <p>Paciente: Pois não.</p> <p>Enfermeiro: Vejo que tá quase tudo sarado e a escara no bumbum?</p> <p>Paciente: Já sarou, graças a Deus.</p> <p>Enfermeiro: A senhora acha que precisa aspirar?</p> <p>Paciente: Não, a enfermeira aspirou de manhã. Agora, só de noite.</p> <p>Enfermeiro: Ah, então tá ótimo. No nosso último encontro, falamos sobre o que a senhora aprendeu depois de adoecer, o que a senhora contaria como algo importante em sua vida?</p> <p>Paciente: É tão difícil...Acho que sinto falta é de cantar, eu gostava muito</p>	<p>Iniciamos nossa interação fazendo uma observação positiva do estado geral da paciente. Realmente a paciente parecia mais disposta, olhar atento e alegre. Ela logo revelou que estava pensando em mim e em quando eu iria aparecer. Estava aguardando o dia em que iríamos conversar. Indaguei sobre as feridas e ela disse estarem saradas. Sobre a necessidade de aspiração, a paciente disse que somente a noite</p>	<p>1-A paciente aguarda a interação com interesse.</p> <p>2-O estado geral da paciente melhorou consideravelmente.</p> <p>3-A música é aspecto importante na vida da paciente.</p> <p>4-É necessário preparar para o término da relação de ajuda.</p> <p>5-A paciente pode não querer terminar a relação de ajuda.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2- Utilizar a música para favorecer a interação e a expressão de sentimentos.</p> <p>3-Preparar para o término da relação de ajuda.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>de cantar, agora não posso, tô com esse negócio (traqueóstomo). O Dr. Y ficou de trocar por um de metal pra eu ir pra casa com ele, mas não trocaram ainda. Na verdade, a (filha e acompanhante) queria que eu fosse pra casa sem isso, mas meu médico, Dr. X, lá da Santa Casa disse que eu deveria ficar com ele, porque, se eu precisasse, era mais difícil fazer novamente.</p> <p>Enfermeiro: Entendi, mas a senhora estava falando sobre sua vontade de cantar.</p> <p>Paciente: Era, ai, como eu queria voltar a cantar!</p> <p>Enfermeiro: Nós já cantamos uma música antes. Que outra música a senhora gostaria de cantar?</p> <p>Paciente: Per'aínda, acho que do Pe. Reginaldo Manzoti, aquela que diz: "a tempestade vai passar, por sobre as ondas no mar eu andarei, tribulações eu vencerei, as aflições superarei, Deus provê, eu sei que proverá..."</p> <p>Enfermeiro: Linda, Dona P2, muito bonita essa música! Ela tem a ver com as situações que a senhora enfrentou?</p> <p>Paciente: Acho que sim. É mesmo, essa música é linda e tem tudo a ver com a doença. Pena que não posso cantar.</p> <p>Enfermeiro: Enquanto a senhora estiver impossibilitada de cantar, sabe o que a senhora pode fazer? Pode cantar só com a mente. A senhora vai ver que é como se estivesse cantando de fato. Tente.</p> <p>Paciente: Vou tentar.</p> <p>Enfermeiro: E seu tratamento?</p> <p>Paciente: Acabei, estou esperando só alguns exames, depois recebo alta e continuo o tratamento em casa. O Dr. X acha melhor eu fazer a quimioterapia. Aí, quando receber alta daqui volto lá na Santa Casa pra consulta com ele. Depois é que inicio a quimioterapia no CRIO ou na Santa Casa mesmo.</p> <p>Enfermeiro: Quer dizer que pode receber alta por esses dias?</p> <p>Paciente: É só receber os resultados dos exames, eles me dão minha alta.</p> <p>Enfermeiro: Então esse pode ser o nosso último encontro, hem, Dona P2?</p> <p>Paciente: É, mas você pode ir lá em casa tomar um cafezinho e conversarmos mais.</p> <p>Enfermeiro: Pode ser, mas irei como um amigo. Nossas conversas de enfermeiro e paciente acabarão aqui no hospital. Como eu falei para</p>	<p>precisaria. Retomei conteúdos de nossa conversa anterior e perguntei sobre o que era importante em sua vida. Ela disse que cantar era importante e a impossibilidade de cantar era difícil. Lembrei que cantamos uma música e solicitei que indicasse outra, o que ela fez prontamente, e cantou um trecho da música do Padre Reginaldo Manzoti. Essa música fala de superação das dificuldades e tentei fazer uma relação com a situação vivida, o que ela confirmou. A paciente falou do traqueóstomo, da troca por um de metal e de sua alta hospitalar. Fiz alusão à provável alta e fim da relação de ajuda. Em seguida, a paciente fez um convite para tomarmos um café em sua casa. Reforcei que haveria o fim da relação. Mesmo que eu fosse a sua casa, a relação de ajuda acabaria no hospital. Solicitei que avaliasse nossas conversas. A paciente disse ser maravilhoso, agradeceu e me abençoou. Agradei e afirmei ter prazer em cuidar dela. Encerramos o encontro.</p>		

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>senhora, enquanto estivesse aqui cuidaria e acompanharia a Sra. lembra?</p> <p>Paciente: Lembro.</p> <p>Enfermeiro: Será um prazer visitá-la em sua casa. Mas não podemos esquecer que esse pode ser o nosso último encontro, aqui. Como tem sido para senhora conversarmos?</p> <p>Paciente: É maravilhoso. Que Deus te abençoe, que te dê saúde e muitas felicidades.</p> <p>Enfermeiro: Amém Dona P2. Obrigado.</p> <p>Paciente: De nada meu filho, só tenho a agradecer a você.</p> <p>Enfermeiro: Não tem nada a agradecer, tenho prazer em cuidar da senhora.</p> <p>Paciente: Obrigada.</p> <p>Enfermeiro: Então, Dona P2, conversaremos no meu próximo plantão, tudo bem?</p> <p>Paciente: Vou esperar.</p> <p>Enfermeiro: Tá certo.</p>			
Comentários	Bases teóricas		
<p>O encontro foi mais uma comprovação das constatações do encontro anterior como a expressão de afeto e a confiança. Nosso encontro não aconteceu no plantão, foi um tempo reservado exclusivamente para o encontro. Teve a duração de 20 minutos e se deu no próprio leito. A privacidade ficou prejudicada, pois o biombo não se encontrava na enfermaria. A música mais uma vez é citada como importante para a paciente, o que nos oferece mais um instrumento para auxiliar no processo de cuidar. O fim da relação de ajuda foi citado, senti certa resistência, mas isso é natural, aquilo que nos faz bem de alguma forma queremos perpetuar. O enfermeiro deve ajudar o paciente a entender que a relação de ajuda tem um fim. A comunicação continuou sendo satisfatória, pela melhora considerável no padrão e pela ajuda da filha.</p>	<p>1- A relação de ajuda como forma autêntica de cuidado.</p> <p>2-O término da relação de ajuda.</p> <p>3-A música como instrumento de cuidado espiritual e valor criativo.</p> <p>4- O acesso do paciente é na ordem espiritual.</p>		

7º ENCONTRO: P2

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, Dona P2!</p> <p>Paciente: Boa!</p> <p>Enfermeiro: Vejo que a senhora está realmente bem, né?</p> <p>Paciente: Tô, graças a Deus! Não vejo a hora de chegar em casa.</p> <p>Enfermeiro: Ah, quer dizer que vai receber alta?</p> <p>Paciente: Se Deus quiser! O médico veio aqui e disse que seria amanhã ou depois. Os exames deram tudo bem, aí eu posso ir para casa.</p> <p>Enfermeiro: Fico contente em ver a senhora bem e quase de alta.</p>	<p>Iniciamos o sétimo encontro com os cumprimentos e as perguntas habituais. A paciente demonstra uma melhora considerável e relata que daqui a poucos dias receberá sua alta, o que tratei logo de tocar na</p>	<p>1-A paciente demonstra otimismo no tratamento e na possibilidade de alta.</p> <p>2-A paciente avaliou de forma positiva a relação estabelecida.</p> <p>3- Os planos após alta são de curto alcance.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2-Preparar para o término da relação de ajuda.</p> <p>3-Avaliar o processo</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: É!</p> <p>Enfermeiro: E como vai ser a continuidade do tratamento?</p> <p>Paciente: Bom, quinta-feira tenho uma consulta no CRIO, o médico vai decidir se vou ou não fazer a quimioterapia. O Dr. X acha que é necessário, ele é meu médico que me acompanha desde o começo.</p> <p>Enfermeiro: Quais seus planos, agora que vai receber alta?</p> <p>Paciente: Quero chegar em casa, ficar no meu canto.</p> <p>Enfermeiro: Há alguma coisa que quer fazer?</p> <p>Paciente: No momento, só ficar em casa. Ainda tô fraca, preciso criar forças, minhas pernas estão fracas, quase não me ponho em pé.</p> <p>Enfermeiro: Então esse é nosso último encontro, será?</p> <p>Paciente: É, mas não esqueça que você vai tomar um cafezinho lá em casa.</p> <p>Enfermeiro: Mas nossas conversas acabam aqui. Posso ir tomar um cafezinho, mas serei um amigo e não o profissional que acompanha. Meu acompanhamento acaba provavelmente hoje.</p> <p>Paciente: Eu sei!</p> <p>Enfermeiro: Gostaria que a senhora avaliasse nossos encontros.</p> <p>Paciente: Foi maravilhoso!</p> <p>Enfermeiro: Mas por que foi maravilhoso? O que a senhora chama de maravilhoso?</p> <p>Paciente: Ora meu filho, foi muito bom. Saber que tem uma pessoa que cuida da gente e que quer saber como a gente tá e se interessa pelas coisas que a gente conta. Ficava perguntando quando era que você viria, minha filha também, tirava um folga e perguntava logo, o Dr. Michell veio? “Conversou com a mamãe?”.</p> <p>Enfermeiro: Quero agradecer a senhora todo o aprendizado nesse período, foi muito bom também conversar e aprender com a senhora.</p> <p>Paciente: Que nada! Eu é que agradeço.</p> <p>Enfermeiro: Então boa sorte, que a Sra. continue seu tratamento e se recupere.</p> <p>Paciente: Deus te abençoe, meu filho!</p> <p>Enfermeiro: Boa sorte!</p> <p>Paciente: Vou cobrar o cafezinho, tá?</p> <p>Enfermeiro: Pode deixar! Tchau!</p> <p>Paciente: Tchau!</p>	<p>questão do fim da relação. A paciente falou da continuidade do tratamento e da avaliação para iniciar ou não a quimioterapia. Indaguei sobre seus planos. A paciente disse querer ficar mais forte, e que em sua casa, conseguiria. Quando pedi a ela para avaliar o processo, a paciente disse ter sido maravilhoso, por saber que tem alguém para acompanhar, cuidar e que se interessa por ela. Disse que tanto ela como sua filha aguardavam ansiosas nossos encontros. Agradeceu tudo o que consegui com as interações e encerramos a relação de ajuda.</p>	<p>4-A relação de ajuda foi realmente efetiva.</p>	<p>interativo.</p> <p>4-Incentivar a elaboração de planos de vida a curto e a médio prazo.</p>
Comentários		Bases teóricas	
Esse foi nosso último encontro. Aconteceu no meu plantão noturno e teve 13 minutos de duração, no		1- A relação de ajuda como forma autêntica de	

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>leito. A privacidade não foi problema, pois a outra paciente encontrava-se nos bancos de espera. A comunicação continuou sendo satisfatória pelos mesmos motivos citados no encontro anterior. Posso destacar que a forma como a paciente descreve o cuidado e a interação é algo importante para a compreensão da relação de ajuda e seus efeitos. Os laços afetivos, a comunicação franca e terapêutica merecem também destaque especialmente no cuidado espiritual. A equipe de enfermagem percebeu o vínculo criado entre a paciente e o enfermeiro.</p>		<p>cuidado. 2-O término da relação de ajuda. 3-Os planos de vida. 4- O acesso do paciente é na ordem psíquica.</p>	

APÊNDICE 6 - DESCRIÇÃO DAS INTERAÇÕES (PACIENTE 3)

1º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Bom dia, senhor P3! Como tem passado esses dias?</p> <p>Paciente: Meio assim!</p> <p>Enfermeiro: Assim, como?</p> <p>Paciente: Muito bem, não, mas tô bem melhor da vista que quando eu cheguei. Pensei que não fosse chegar, mas uma viagem longa dessa, 6 horas, é chão! E o carro que a gente veio é pequeno e baixo. Foi horrível!</p> <p>Enfermeiro: O senhor é de Ubajara?</p> <p>Paciente: Sou, foi de lá que eu vim dessa viagem que tô contando.</p> <p>Enfermeiro: Entendi. Senhor P3, vim fazer seu curativo. O senhor já tomou banho?</p> <p>Paciente: Tomei, mas faz é tempo.</p> <p>Enfermeiro: É, eu sei, mas são muitos curativos, só consegui chegar aqui agora. O senhor me desculpe.</p> <p>Paciente: Eu sei como é!</p> <p>Enfermeiro: Vamos lá fazer o curativo?</p> <p>Paciente: Vamos.</p> <p>Enfermeiro: Quando o senhor fez a biópsia?</p> <p>Paciente: Anteontem. Você acha que isso vai baixar (linfonodo cervical direito hipertrofiado)?</p> <p>Enfermeiro: Vai, com certeza. Ainda está muito inchado, mas logo diminui e quando o senhor iniciar o tratamento, isso some.</p> <p>Paciente: É?</p> <p>Enfermeiro: Está doendo quando eu toco?</p> <p>Paciente: Não, tá não!</p> <p>Enfermeiro: Pronto, o curativo está feito! Gostaria de fazer um convite ao senhor Estou fazendo uma pesquisa sobre o cuidado que prestamos aqui na unidade e quero saber dos próprios pacientes como gostariam de ser cuidados, em todos os aspectos. O que o senhor acha?</p> <p>Paciente: Pode ser, mas será que posso ajudar?</p> <p>Enfermeiro: Não se preocupe, conversaremos durante o tempo que estiver internado e sobre o que o senhor quiser conversar. Farei algumas perguntas sobre sua vida e sobre o tratamento que o senhor faz. Enquanto estiver aqui no hospital, conversaremos.</p> <p>Paciente: Tudo bem.</p>	<p>Nosso primeiro encontro para o desenvolvimento da relação de ajuda aconteceu durante a renovação do curativo na região cervical de uma biópsia. Já tendo um conhecimento prévio do paciente, pedi desculpas pelo atraso na realização do curativo e tranquilizei-o sobre a cicatrização da ferida. Em seguida, fiz o convite para o desenvolvimento da relação de ajuda que faz parte da minha pesquisa sobre o cuidado. Aceito prontamente pelo paciente, realizamos o contrato da relação.</p>	<p>1-O estabelecimento do primeiro encontro da relação de ajuda aconteceu na realização de procedimento técnico de rotina do enfermeiro no plantão.</p> <p>2- A Renovação de curativo faz parte da rotina do enfermeiro no plantão.</p> <p>3- O contrato do desenvolvimento da relação de ajuda foi estabelecido.</p>	<p>1-Renovar curativo de ferida cirúrgica.</p> <p>2-Oferecer suporte de apoio para dúvida e esclarecimento.</p> <p>3- Desenvolver a relação de ajuda.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Vou preparar o termo, vou ler para o senhor. Se estiver de acordo o senhor assina e, se tiver alguma dúvida, o senhor pergunta. Tá bom?</p> <p>Paciente: Tá!</p> <p>Enfermeiro: Estarei à sua disposição para o que precisar durante o tempo que estiver aqui.</p> <p>Paciente: Obrigado.</p> <p>Enfermeiro: Então conversamos depois e se o senhor precisar de alguma coisa, estarei o dia todo aqui, até as 7 horas da noite. Tá?</p> <p>Paciente: Tá certo!</p>			
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu na enfermaria, que apesar de ser coletiva (04 leitos), no momento não havia ninguém, sendo por isso mantida a privacidade. No momento do encontro realizei a renovação do curativo de biópsia na região cervical direita e o esclarecimento sobre a cicatrização da ferida. O paciente mostrou-se receptivo à minha apresentação e ao meu convite de participar da pesquisa e do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Pude perceber a satisfação do paciente ao entabularmos a conversa e ao receber o convite para participar da pesquisa. Esse primeiro encontro durou 11 minutos e foi realizado durante o plantão do enfermeiro pesquisador.</p>		<p>1-A relação de ajuda inicia-se com o contrato.</p> <p>2- O enfermeiro se oferece com instrumento de cuidado.</p> <p>3-A relação de ajuda acontece quando as duas partes, enfermeiro e pacientes, estão cientes e interessados na relação.</p> <p>4-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão física.</p>	

2º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa tarde, senhor P3! Como tem passado esses dias?</p> <p>Paciente: Bem. Tranquilo.</p> <p>Enfermeiro: Como combinamos, vim hoje para conversarmos.</p> <p>Paciente: Pois não.</p> <p>Enfermeiro: Me conte um pouco, como descobriu sua doença.</p> <p>Paciente: Comecei com uma rouquidão mais ou menos de junho pra julho, depois uma falta de ar, aí minha esposa me levou no médico. Fiz uns exames e o médico achou melhor me internar.</p> <p>Enfermeiro: Foi aqui no hospital que se internou?</p> <p>Paciente: Não, foi em Ubajara, de lá é que vim pra cá, achei melhor, porque lá não tem tanto recurso como aqui.</p> <p>Enfermeiro: Ah, quer dizer que o senhor foi internado lá na sua cidade?</p> <p>Paciente: Foi, de lá é que vim para cá.</p> <p>Enfermeiro: O senhor iniciou o tratamento lá mesmo e foi transferido para cá?</p>	<p>O segundo encontro começou com um breve cumprimento. Iniciamos nossa conversa perguntando ao paciente como ele descobriu a doença. Ele relatou que nos meses de junho e julho ficou com uma falta de ar e foram feitos alguns exames no hospital de Ubajara sendo detectado um tumor. Como lá não tem recursos para o tratamento resolveram vir pra capital. Indagado se sentia medo da</p>	<p>1-A vinda de Ubajara para Fortaleza se deu pela falta de recursos de saúde em sua cidade.</p> <p>2-A morte não causa medo pela certeza que tem que algo melhor lhe está reservado.</p> <p>3-O fato de ter criado os filhos e ter alguns recursos materiais para subsistência com seu trabalho é motivo de orgulho e satisfação na vida.</p> <p>4-Deus é fonte de força e</p>	<p>1-Incentivar a expressão de sentimentos.</p> <p>2- Favorecer a expressão das vivências religiosas.</p> <p>3-Favorecer o encontro do sentido da vida através de sua história de vida.</p> <p>4-Valorizar sua história de trabalho e esforço</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Não, lá não tem recursos. Fiz uma tomografia e eles disseram que era tumor, aí resolvemos vir para Fortaleza, mas foi pelo meu estado que fui internado, tava que não aguentava, achei que fosse morrer.</p> <p>Enfermeiro: A morte causa-lhe medo?</p> <p>Paciente: Não. Não tenho medo da morte não. Sabe por quê? Eu sei pra onde vou. Sou evangélico, sei que algo melhor tá reservado pra mim. Sou tranquilo, não é qualquer coisa que me abala, não. Olha, já passei por tantas coisa nessa vida, criei meus filhos, são todos adultos, têm suas famílias, vivem bem. Eu também vivo bem, tenho minha casinha, sou aposentado, mas ainda trabalho no sítio, faço uma coisa e outra, vendo, aí tô vivendo.</p> <p>Enfermeiro: Quando o senhor olha pra traz sente orgulho?</p> <p>Paciente: Sinto. Trabalhei muito, tudo o que tenho foi conseguido com trabalho, já ajudei meus filhos, hoje eles me ajudam. Eu não peço, mas eles querem...Nunca tive problema com isso, às vezes tinha mais, às vezes menos, e ia vivendo. Passei por poucas, já perdi minha esposa, a primeira, mas a vida é isso, a gente tem que se conformar com as coisas de Deus.</p> <p>Enfermeiro: O senhor acha que as coisas que acontecem conosco são feitas por Deus?</p> <p>Paciente: Olhe bem: Deus tem o controle de tudo. Nada acontece sem o consentimento dele. Muitas vezes nós não entendemos, mas ele sabe tudo.</p> <p>Enfermeiro: O senhor disse que é evangélico. A sua igreja, a sua fé tem ajudado o senhor?</p> <p>Paciente: Deus, nosso pai lá de cima, é quem cuida da gente. Nós vivemos nesse mundo a graça dele. Olha, aceitei a Jesus faz muito tempo. Minha família é toda crente, minha esposa também era, a atual também. Se não fosse a fé, o que seria de mim? Às vezes, a gente quer desanimar, aí Deus fala no nosso ouvido aquilo que a gente precisa.</p> <p>Enfermeiro: E como ele fala?</p> <p>Paciente: Através da palavra de Deus. Lendo e escutando a Bíblia, Deus nos fala.</p> <p>Enfermeiro: E o senhor tem sido ajudado?</p> <p>Paciente: Sim, já falei pra você. Desde que virei crente, minha vida se transformou. Eu bebia, fumava, fazia extravagância, aí resolvi servir a Deus e foi uma proteção. Só ter meus filhos no caminho do Senhor, serem pessoas do bem, já valeu. Mas tem outra coisa: mesmo antes de</p>	<p>morte, ele disse não ter medo da morte porque sabia para onde iria depois que morresse e que não se abala facilmente. Fazendo um regate de sua vida, o paciente disse ter orgulho de seu passado, por ter criado seus filhos e ter sua casa com seu trabalho. Também disse estar conformado com as coisas de Deus. Perguntado sobre se as coisas acontecem por vontade de Deus, o mesmo disse que Deus tem o controle de tudo e que, apesar de não entendermos, Ele sabe o que é melhor. Continuando sobre esse assunto, perguntei se a igreja e sua fé estavam ajudando. Ele disse que Deus realmente é quem cuida de todos e que o fato de ter se convertido foi fator preponderante em suas vitórias na vida e, quando, às vezes, quer desanimar, Deus fala em seu coração e Ele fala principalmente através da palavra de Deus. Observa que só sua família temer a Deus já é causa de tranquilidade e que agora tem mais uma batalha a enfrentar, mas se morrer já está preparado porque</p>	<p>conformação nas dificuldades da vida por atribuir a Ele todo o controle das situações. 5-A participação na Igreja e sua fé são imprescindíveis para enfrentar a doença. 6-A família ser temente a Deus é motivo de tranquilidade. 7-O fato de ter deixado um exemplo positivo para os filhos também é reconfortante. 8-A doença foi motivo de reaproximação da família. 9-Deus fala com ele, especialmente através da Bíblia.</p>	<p>na manutenção e criação da família. 5-Apoiar a prática religiosa como leitura da Bíblia, cânticos religiosos e visitas pastorais. 6-Favorecer a descoberta do sentido da doença em sua vida. 7-Garantir a privacidade, adaptando o ambiente.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>ser crente, sempre ensinei o caminho certo aos meus filhos, eles sempre tiveram um exemplo dentro de casa, sempre mostrei a honestidade e o trabalho. Posso morrer a qualquer momento, sinto que estou preparado.</p> <p>Enfermeiro: E como tem vivido esse momento da doença?</p> <p>Paciente: Tenho que é mais uma batalha que preciso vencer. Ficar longe de casa é muito ruim. O hospital, por mais que seja bom, nunca é como a nossa casa, mas eu tô aguentando por aqui. Quando fiquei viúvo, passei 5 (cinco) anos para casar de novo. Achei que podia viver só. Conheci a minha esposa e resolvi casar. Meus filhos ficaram meio assim, mas depois da doença se aproximaram mais da gente. Tem até um que vem de São Paulo só pra me ver.</p> <p>Enfermeiro: Alguma coisa está incomodando o senhor?</p> <p>Paciente: Tenho sentido uma dorzinha aqui embaixo do peito, mas o cansaço acabou um pouco. Passei por um aperreio da última vez que fui ao CRIO. Fiquei cansado, pensei que não aguentasse chegar aqui.</p> <p>Enfermeiro: E como é essa dor?</p> <p>Paciente: Não é bem uma dor, é um incômodo.</p> <p>Enfermeiro: Vou ver sua prescrição. Talvez tenha alguma coisa para dor para o senhor Volto daqui a pouco. Podemos conversar em um outro momento, tudo bem?</p> <p>Paciente: Tá certo e obrigado.</p>	<p>deixou um exemplo. Afirma que, após seu segundo casamento, os filhos ficaram distantes, mas com sua doença eles se reaproximaram. Disse que sente um desconforto. Assegurei que iria ver o que estava prescrito e que depois retornaria. Finalizamos assim a interação.</p>		
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu novamente na enfermaria. Desta vez, com frequentes interrupções. Primeiro, da esposa que acompanhava o paciente e que constantemente intervinha na conversa. Segundo, pelos outros pacientes da enfermaria que entram, saíam e conversavam. Solicitei que fôssemos para os bancos de espera para mantermos a mínima privacidade, o que foi acatado sem dificuldades. Solicitei da esposa que enquanto nós (eu e o paciente) estivéssemos conversando, ela respeitasse a privacidade e que sua ajuda era imprescindível para esclarecer alguns dados após a conversa e também no próprio cuidado do paciente. Ela mostrou-se cooperativa e disponível. Percebi que alguns conteúdos da conversa são importantes para o cuidado espiritual e que descrevo nas bases teóricas da interação como, por exemplo, a família, a fé em Deus e sua relação com Ele, a sua história de vida e sua forma de enfrentar a doença. Esse encontro foi realizado em um tempo disponível exclusivamente para isso e teve a duração de 40 minutos.</p>		<p>1-A família como valor vivencial. 2- O trabalho como valor criativo. 3-A fé e a religião como fonte de explicação dos processos da vida e do enfrentamento da doença. 4-A morte como destino favorável e certo. 5-A história de vida como fonte de sentido. 6-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica.</p>	

3º ENCONTRO- P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, senhor P3. Soube que está triste hoje?</p> <p>Paciente: É, tô meio assim... Não sei o que houve, nada me deixa pra baixo, mas desde ontem fiquei assim, nem comer tenho vontade.</p> <p>Enfermeiro: Soube que seus filhos visitaram o senhor. É verdade?</p> <p>Paciente: É, quatro filhos vieram me visitar.</p> <p>Enfermeiro: Sua tristeza tem a ver com a visita de seus filhos?</p> <p>Paciente: Tem não, gostei muito de ver eles. Não tem nada me preocupando, sei que minhas coisas estão sendo bem cuidadas pela minha outra filha, que ficou lá em casa. Tá tudo bem.</p> <p>Enfermeiro: O senhor gostaria de falar desse sentimento?</p> <p>Paciente: Não sei nem lhe dizer. É um desânimo que não sei nem explicar. Foi de uma hora para outra. Eu sou forte, não é qualquer coisa que me abala não.</p> <p>Enfermeiro: Eu sei, senhor P3, mas há momento para tudo. Às vezes, é preciso ser forte e, às vezes, fraco. O que devemos fazer é aceitar o que sentimos. Às vezes, precisamos de ajuda e isso não é fraqueza. O senhor lembra que o apóstolo Paulo diz, que quando somos fracos, é que somos fortes?</p> <p>Paciente: É verdade. Mas tô caminhando, fazendo os exames, já fiz a metade das sessões de radioterapia e é isso.</p> <p>Enfermeiro: Como tem sido as sessões?</p> <p>Paciente: Tranquilas, não tô tendo nenhuma reação, que me falaram que eu teria. O tratamento tá bom, eu que não sei, tô meio assim...</p> <p>Enfermeiro: Mas tem dias que estamos mais desanimados mesmo, não podemos é entregar os "pontos", fazer um esforço de se alimentar e realizar o tratamento.</p> <p>Paciente: Chegou o jantar. Às vezes, até tento, mas a comida parece que não desce, não sei explicar. Sempre fui ruim pra comer, sempre belisquei, mas agora tá pior.</p> <p>Enfermeiro: Ok! senhor P3, tente comer um pouquinho, depois voltaremos a conversar.</p>	<p>O terceiro encontro aconteceu no meu plantão noturno. Percebi, logo que cheguei, que o paciente estava triste e cabisbaixo. Indaguei se estava assim após a visita dos filhos, ele disse que não e que não sabia explicar o motivo desse abatimento. Tentei tranquilizá-lo e apelei para que ele expressasse seus sentimentos e os encarasse de forma natural e não como sinônimo de fraqueza. Indaguei ainda sobre o tratamento e ele afirmou que estava bem e que não tinha apresentado nenhuma reação. Encorajei-o para continuar o tratamento e fazer esforço para se alimentar. Finalizamos a interação na hora que a dieta chegou.</p>	<p>1-Os sentimentos podem algumas vezes ser percebidos no estado geral do paciente.</p> <p>2-Os sentimentos nem sempre são compreendidos facilmente pelo paciente.</p> <p>3-O enfermeiro deve incentivar a expressão de sentimentos por parte do paciente.</p> <p>4-As reações ao tratamento podem não acontecer.</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos.</p> <p>2-Ajudar o paciente a aceitar os sentimentos.</p> <p>3-Favorecer a compreensão dos sentimentos.</p> <p>4- Monitorar possíveis reações à radioterapia.</p> <p>5- Garantir a privacidade, adaptando o ambiente.</p>
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu durante meu plantão noturno e teve 10 minutos de duração. Nossa conversa aconteceu no próprio leito. Sua esposa não estava presente, e a enfermagem estava tranquila, pois os pacientes e os acompanhantes encontravam-se na sala de espera assistindo televisão. Nossa conversa, apesar de ter sido breve, foi interessante por revelar a necessidade de expressão e aceitação de sentimentos, importantíssimo para o cuidado e, sobretudo, para o cuidado espiritual.</p>		<p>1- A relação terapêutica como instrumento de cuidado.</p> <p>2-A comunicação terapêutica como propiciadora da expressão de sentimentos.</p> <p>3-O acesso ao paciente é na dimensão psíquica.</p>	

4º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Bom dia, senhor P3! Paciente: Bom dia! Enfermeiro: Estou sentindo que o senhor continua meio assim? Paciente: É, não tô bem, não. Enfermeiro: O senhor quer falar como está se sentindo? Paciente: Eu estou desanimado. Enfermeiro: Como assim, desanimado? Paciente: Sei nem dizer. É como se nada mais tivesse importância. Eu tô aqui, não tem nada que me prenda. Antes eu ficava preocupado com minhas coisas, minha casa, eu nem passeava com minha esposa, para não deixar as coisas sozinhas. Se bem que agora eu sei que minha filha tá cuidando de tudo e preciso pensar só na minha saúde. Enfermeiro: Senhor P3, há tempo para tudo, como o senhor mesmo sabe, a Bíblia diz. Hoje o senhor está assim, se permita sentir, não é bom que o senhor se faça de forte sempre. Há momentos que precisamos chorar, ficar calado, gritar... Paciente: É, eu sei, mas sempre fui um cara que nada me abalava. Enfermeiro: Eu entendo, mas talvez o senhor nunca tenha passado por algo assim. É preciso aprender com as situações da vida. Paciente: Eu recebi a visita dos meus filhos que moram em Ubajara. Enfermeiro: Eu sei, o senhor já tinha me dito. Como foi a visita? Paciente: Foi boa. Enfermeiro: Isso deixou o senhor assim, meio triste? Paciente: Não, não tem nada a ver com isso. Fiquei assim de repente. Enfermeiro: Durante seu tratamento, o senhor pode apresentar muitas mudanças, são muitas coisas, sentimentos... O senhor precisa entender que esses momentos são difíceis e que a gente pode ter reações que não entendemos. Paciente: É, eu tô observando muita coisa e tô aprendendo muita coisa também. Enfermeiro: Seu desânimo tem a ver com a doença e o tratamento? Paciente: Não sei, talvez. Fiz o exame e deu o que a gente pensava. Enfermeiro: De que exame o senhor está falando? Paciente: Do que minha mulher levou pro laboratório no ICC. Enfermeiro: Ah! Sei, e o que a médica falou para o senhor? Paciente: Que além da radioterapia, vou fazer uma consulta com o</p>	<p>Encontramo-nos pela quarta vez no período da manhã do meu plantão. Assim como no encontro passado, achei o paciente desanimado, com a aparência de cansaço e irritação. Indagado o porquê do desânimo, o paciente disse que não sabia explicar e mostrou uma falta de interesse em suas atividades e na vida cotidiana. Reforcei a necessidade de aceitar os sentimentos, mesmo que não entendamos muitas vezes. Repeti a pergunta sobre a visita dos filhos como causadora da tristeza, o paciente mais uma vez disse que não, mas disse que poderia ser por causa do exame que recebeu e encaminhou ao ICC e que, pelo resultado, deveria fazer a quimioterapia também. Com um semblante triste, disse que só continua o tratamento por causa da esposa, que insiste, e que por ele não faria mais nada. Apelei para os possíveis anos que ainda poderia viver se continuasse o tratamento, mas o paciente argumentou que a realização do tratamento não garantiria</p>	<p>1-Há momentos de desânimo durante o tratamento. 2-Os desfechos desfavoráveis podem causar tristeza. 3-Há momentos de desânimo e isolamento do paciente em tratamento do câncer. 4-Valorizar as possibilidades de tratamento e qualidade de vida são importantes no tratamento do câncer.</p>	<p>1- Favorecer a expressão de sentimentos. 2-Ajudar o paciente a aceitar os sentimentos. 3-Valorizar os pequenos avanços no tratamento e esforços do paciente. 4-Assegurar a presença e o cuidado em face de isolamento. 5-Estar disponível para apoiar, ajudar e realizar ações de cuidado.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>médico da quimioterapia. Enfermeiro: E o que o senhor acha disso? Paciente: Como eu falei, tô sem... sei nem dizer. Por mim, ia pra casa e se tivesse que morrer... Tô fazendo tudo isso por causa dela (esposa), ela me trouxe, foi atrás de tudo, por mim, tinha nem saído de Ubajara. Enfermeiro: Mas o senhor precisa aproveitar as oportunidades e se puder viver bem, por mais algum tempo, o senhor vai desperdiçar isso? Paciente: Mas quem garante que eu vou viver ainda? Enfermeiro: É, ninguém garante, mas o senhor pode tentar. (silêncio) Enfermeiro: A garantia é ter a consciência que tentou. Paciente: É... Vou confiar em Deus. Enfermeiro: Não esqueça que Deus ajuda, mas temos que fazer a nossa parte também! Paciente: Eu sei. Tô muito cansado, não tô pra conversa hoje não. Enfermeiro: Tudo bem, senhor P3. Agora vou deixar, o senhor descansar, depois conversamos mais. Paciente: Tá bom!</p>	<p>nada. Argumentei que poderia ser uma tentativa. Finalizamos nossa conversa com o paciente dizendo que confiaria em Deus e eu reafirmei a responsabilidade de fazermos nossa parte.</p>		
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu no final do plantão no período da manhã. O paciente mostrava-se irritado e impaciente. Compreendi a situação e me disponibilizei até onde ele estivesse disposto a conversar. Comecei a perceber uma apatia e um desinteresse no tratamento pelo paciente. O ambiente da interação foi os bancos de espera da unidade, local mais reservado e onde foi possível conversarmos à vontade. Teve duração de 13 minutos.</p>		<p>1-As diferentes fases da crise. 2-A apatia frente ao sofrimento intenso. 3-A relação terapêutica como instrumento de cuidado. 4-Apelação como técnica de avaliação da situação 5-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica.</p>	

5º ENCONTRO – P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, senhor P3! Como passou esses dias? Paciente: Tô melhor. Enfermeiro: O senhor vai iniciar a quimioterapia amanhã? Paciente: É, são três dias e continuo a radioterapia até o dia 25, depois outra vez a quimioterapia mais três dias, mas só no próximo mês. Enfermeiro: Como está sendo para o senhor todo esse tratamento? Paciente: Tá bom, graças a Deus, não tô sentindo nada. As pessoas</p>	<p>Iniciamos o quinto encontro falando das sessões de radioterapia e de seus efeitos. Nesse momento, o paciente fez algumas perguntas sobre a quimioterapia que iria iniciar</p>	<p>1-A orientação quanto ao tratamento para o câncer e suas possíveis reações faz parte dos cuidados de Enfermagem. 2-O ambiente hospitalar pode ser humanizado a</p>	<p>1-Orientar quanto ao tratamento e seus efeitos. 2-Favorecer o diálogo entre paciente e equipe de Enfermagem.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>falaram que sentiram isso, aquilo, aquilo outro, mas eu não, graças a Deus.</p> <p>Enfermeiro: Mas, senhor P3, às vezes, os efeitos do tratamento que o senhor está fazendo aparecem depois. Já na quimio os efeitos indesejados são mais rápidos.</p> <p>Paciente: Vem cá, como é essa quimioterapia?</p> <p>Enfermeiro: O senhor teve a consulta com o médico, não teve? A quimioterapia é o uso de um remédio na veia. Esse remédio ataca as células do câncer. Enquanto que a rádio é localizada, a quimio vai pro corpo todo. O ruim é que esse remédio ataca as células boas também, por isso os pacientes se queixam de tanto desconforto. É provável que o senhor tenha alguns sintomas do tratamento.</p> <p>Paciente: Mas com radioterapia num tô sentindo nada.</p> <p>Enfermeiro: É, as reações são diferentes de pessoa pra pessoa.</p> <p>Paciente: Já passei por muitas coisas nessa vida, mas tem coisas aqui que são difíceis.</p> <p>Enfermeiro: Que coisas?</p> <p>Paciente: Minha mulher teve que usar calça comprida pra ficar aqui. Falamos com a Assistente Social, não teve jeito. A vontade que tive foi de pegar minhas coisa e ir embora. Olha que ficar de calção pra mim também é difícil, nós somos crentes. Também esses meninos, alguns são muito bons, outros nem olham pra gente. Não é fácil precisar de alguma coisa e a pessoa com a cara feia pra gente. Minha esposa é esquentada, tenho que segurar às vezes, mas tem vez que nem eu aguento.</p> <p>Enfermeiro: É interessante o senhor dizer isso, mas a chefia precisa saber, também tem a ouvidoria que o senhor pode falar que ficará registrado e são tomadas as devidas providencias.</p> <p>Paciente: Tá certo.</p> <p>Enfermeiro: O serviço só vai melhorar se soubermos onde estamos errando. Para isso precisamos ouvir os pacientes, é por isso que existe a ouvidoria.</p> <p>Paciente: É, mas não sou de reclamar, às vezes minha mulher fica com raiva do meu jeito, porque deixo tudo pra lá.</p> <p>Enfermeiro: Não se acanhe não, se precisar, pode falar, reclamar. Estamos aqui pra ajudar vocês.</p> <p>Paciente: É, nem todo mundo pensa assim.</p> <p>Enfermeiro: É, mas deveria pensar.</p> <p>Paciente: Estou cansado, por mim tava na minha casa. Eu acho que já</p>	<p>e falou sobre sua expectativa em relação às reações adversas, que até o momento ainda não apresentou. O paciente começa a relatar suas dificuldades no internamento, como a questão de hábitos e costumes religiosos em relação à rotina hospitalar, além de fazer menção às relações com a equipe de Enfermagem que ora era satisfatória ora era desumanizadora. Argumentei que seria necessário falar ou registrar para melhorar o serviço, o que não foi acolhido de todo. O paciente volta a dizer que estava cansado e que já havia vivido muito e a morte era lucro. Argumentei que não desperdiçasse a oportunidade de ainda viver bem por algum tempo. Ele disse ser difícil. Finalizamos nosso encontro e marcamos o próximo para meu plantão seguinte.</p>	<p>partir da relação paciente e equipe de Enfermagem.</p> <p>3-Os costumes e hábitos religiosos dos pacientes devem ser respeitados.</p> <p>4-A morte é encarada como possibilidade frente ao cansaço do tratamento e da hospitalização.</p> <p>5-A Enfermagem deve encorajar o paciente a viver bem dentro das suas possibilidades.</p>	<p>3-Assegurar a prática de costumes e hábitos religiosos desde que não comprometam o tratamento do paciente.</p> <p>4-Tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor no sentido físico e humano.</p> <p>5-Incentivar o uso da ouvidoria para melhorar o serviço.</p> <p>6-Favorecer a expressão de sentimentos em relação ao tratamento e à morte.</p> <p>7-Favorecer a esperança na vida e no tratamento.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>vivi muito, são 75 anos e a morte pra mim é lucro. Enfermeiro: Compreendo o que o senhor está sentindo, mas não desperdice a oportunidade de viver bem por mais algum tempo. Toda essa situação de sofrimento pode acabar e o senhor tem a possibilidade de retomar sua vida. Paciente: É, Enfermeiro. É difícil... Enfermeiro: Deve ser mesmo, senhor P3! (Um breve silêncio) Enfermeiro: Senhor P3 tem mais alguma coisa que o senhor queira falar? Tenho que visitar outros pacientes. Paciente: Não, tenho não. Enfermeiro: Podemos continuar nossa conversa outro dia? Estarei sábado novamente. Paciente: Tá bom, quando você vier conversamos mais.</p>			
Comentários		Bases teóricas	
<p>Nesse encontro, observei que o paciente mostrava sinais de cansaço físico e falta de disposição para continuar o tratamento. Percebi que o ambiente hospitalar contribuía para isso, à medida que as relações entre o paciente e a equipe de saúde não eram satisfatórias e que as rotinas hospitalares causavam constrangimento por irem de encontro aos costumes religiosos do paciente. Constatei também que as interações ocupavam um lugar importante no cuidado do paciente por criar espaço para a expressão de sentimentos e propiciar avaliação do tratamento, das relações e dos sentidos atribuídos. O tempo de interação nesse encontro durou 21 minutos e ocorreu no leito e durante o meu plantão noturno.</p>		<p>1-A humanização hospitalar no ambiente e nas relações. 2-A relação de ajuda como forma autêntica de cuidar. 3-A religião como integradora da pessoa humana. 4-A morte e a apatia como resultado do sofrimento. 5-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica.</p>	

6º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa tarde, senhor P3! Como estão as coisas? Paciente: Hoje tô melhor, parece que vou ser transferido para Sobral pra continuar a quimioterapia lá. Enfermeiro: O senhor está alegre com essa transferência? Paciente: Tô, né? Vou voltar pra minha casa, fazer o trabalho perto de lá. Enfermeiro: No nosso último encontro, o senhor falou que estava desanimado que nada valia nada. Paciente: Hoje tô melhor, mas Michell eu sempre fui assim, pra falar a verdade nunca fui apegado a nada. Tenho muitos filhos, nunca fui de tá</p>	<p>Iniciamos a interação de forma habitual com breves cumprimentos. O paciente disse estar animado porque tem a possibilidade de receber alta e continuar seu tratamento em Sobral, que é mais perto de sua casa. Perguntado sobre seu</p>	<p>1-A possibilidade de voltar para casa e continuar seu tratamento lá é motivo para recobrar o ânimo e a vontade de viver. 2-O paciente atribuiu um sentido ao seu sofrimento. 3-A doença é um preço alto pela restauração e</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos. 2-Incentivar a elaboração de planos para o futuro. 3-Valorizar a descoberta do</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>beijando, abraçando. Sempre fui um bom pai, vivi 40 anos com minha primeira mulher, gostava dela, mas também nunca fui desses negócios de tá cheirando, com coisinha.</p> <p>Enfermeiro: O senhor sente falta?</p> <p>Paciente: Não sei, acho que eu poderia ser mais amoroso, mas não, esse é meu jeito.</p> <p>Enfermeiro: E o desânimo?</p> <p>Paciente: Tô melhor, já quero voltar para casa, poder ver minhas coisas. Tô até animado. Mas você sabe, tô pagando um preço.</p> <p>Enfermeiro: Como assim?</p> <p>Paciente: Enfermeiro, quando eu casei de novo, depois que minha primeira esposa morreu, meus filhos ficaram tudo pr'acolá, não andavam na minha casa. Aí, quando adoeci, se você ver! Tão tudo se achegando, me ligam, querem saber como eu estou. Eu acho que tá valendo. Até os de São Paulo vieram pra me ver!</p> <p>Enfermeiro: O senhor acha que a doença causou essa reaproximação?</p> <p>Paciente: Foi. É um preço que estou pagando.</p> <p>Enfermeiro: E como o senhor avalia esse preço?</p> <p>Paciente: É muito alto, mas o Senhor me revelou em oração que eu passaria por isso. Só ter minha família reunida de novo. Minha casa foi restaurada e foi por causa disso tudo.</p> <p>Enfermeiro: Para o senhor seu sofrimento tem um porquê?</p> <p>Paciente: Só tem! Veja bem, tinha um filho muito difícil, ele não gostava de mim, me culpava pela cegueira dele. Tentei de tudo pra ele ficar bom do problema nos olhos, mas não teve jeito, ficou cego dos dois olhos. Mas agora você acredita que ele me ligou e disse que eu tivesse fé em Deus que eu sairia dessa. Isso já vale a pena!</p> <p>Enfermeiro: Interessante, o senhor encontrou o porquê dessa situação.</p> <p>Paciente: Pois não é! Mas outras pessoas me disseram também, minha filha me disse e eu mesmo compreendi. O Senhor me mostrou. Agora meus filhos tão se achegando e eu tô muito contente.</p> <p>Enfermeiro: Quais seus planos agora?</p> <p>Paciente: Quero viver o que ainda me resta, não tô pensando em muita coisa não, se Deus me conceder mais uns anos, bem, se não, se Ele quiser me levar... pronto.</p> <p>Enfermeiro: O senhor sabe que se a médica lhe der sua alta, este será talvez os nossos últimos encontros? Como o senhor avalia nossas conversas?</p>	<p>desânimo ele relatou que durante toda sua vida foi desapegado, até das pessoas que amava, mas que criou ânimo novo ao pensar em ir para sua casa. Disse que sua doença tinha um porquê e revelou que depois de sua doença seus filhos se reaproximaram, pois estavam distantes desde seu novo casamento. Para ele, sua família tinha sido restaurada. Até mesmo um filho que estava distante há muito tempo passou a falar com ele e, assim, reataram a relação, sem falar nos filhos que viajaram de São Paulo para vê-lo. Afirmou também ser um alto preço a pagar para conseguir isso, mas que havia sido avisado por Deus e por algumas pessoas próximas. Indagado sobre seus planos, disse que apenas quer viver o que resta. Sobre nossas conversas, avaliou como positivas, porque em meio a um ambiente conturbado como o hospital, onde muitos entram e saem, pacientes e funcionários, as conversas serviram para orientar e tranquilizar muitas vezes. Encerramos nosso encontro e nos preparamos para o</p>	<p>harmonia de sua família.</p> <p>4-A relação de ajuda contribui com a humanização hospitalar.</p>	<p>sentido da vida e do sofrimento.</p> <p>4-Organizar o ambiente hospitalar para que seja o mais acolhedor e confortável possível.</p> <p>5-Preparar para o término da relação.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Tá muito bom, só a gente conversar, tirar as dúvidas, assim como você explicou da última vez. Aqui é muito difícil, a gente tem que conviver com um monte de gente diferente, os funcionários às vezes não são tão atenciosos. Tenho pra mim que essas conversas com você foi importante, a gente aqui fica perdido, desorientado, e com as conversas a gente fica mais tranquilo.</p> <p>Enfermeiro: Pois, senhor P3, no próximo plantão, conversamos mais, tá bom?</p> <p>Paciente: Tá. Olha só, vou pedir uma coisa a você. Esse senhor do leito 28 não deixou a gente dormir essa noite. Pede a eles para deixarem a gente dormir, é dia e noite essa conversa, eles não param.</p> <p>Enfermeiro: Pode deixar vou conversar com o paciente e o filho dele.</p> <p>Paciente: Obrigado.</p>	possível término da relação de ajuda.		
Comentários	Bases teóricas		
Nesse encontro, eram notáveis a mudança de humor e a disposição do paciente pelo simples fato da possível alta hospitalar. O paciente mostrava-se ativo e sorridente. Nosso encontro transcorreu de forma a evidenciar a importância da interação. O sentido das situações de sofrimento vivido pelo paciente é revelado e se mostra como fato importante para o cuidado espiritual, visto que previne o desespero. O encontro ocorreu na sala de espera da unidade, em um horário extra, e teve 27 minutos de duração.	1-O sentido do sofrimento. 2-O sentido da vida e das situações. 3-A relação de ajuda como forma de cuidado autêntico. 5-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica. 6-Os planos de vida.		

7º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, senhor P3! O que foi que houve?</p> <p>Paciente: Tô muito ruim, cansado e com dor na garganta.</p> <p>Enfermeiro: Começou quando isso?</p> <p>Paciente: Foi agora à tarde.</p> <p>Enfermeiro: Vou chamar o médico plantonista pra avaliar o senhor. Enquanto isso, vou colocar o catéter de oxigênio e vejo se tem alguma medicação para dor, tá certo?</p> <p>Paciente: Obrigado.</p> <p>Enfermeiro: O que mais está incomodando o senhor agora?</p> <p>Paciente: Esse cansaço. É como se alguma coisa estivesse apertando meu peito, e vai até a garganta. Não tô conseguindo engolir nada, sinto uma dor tão grande, parece que tá tudo inflamado.</p> <p>Enfermeiro: Senhor P3, isso pode ser da radioterapia. O senhor sabe a</p>	O sétimo encontro foi durante a visita de rotina do plantão. Quando me aproximei, percebi que o paciente não estava bem e perguntei o que estava havendo. O mesmo disse que estava sentindo dores fortes na garganta como se algo estivesse inflamado e muito cansado. Solicitei a presença do médico para avaliação. Após a avaliação médica e	1-Os primeiros efeitos da radioterapia aparecem especialmente na dor e queimadura na orofaringe. 2-O sofrimento aparece de forma atroz como nunca antes. 3-O fato de querer ir para casa é uma forma de autoproteção. 4-O alívio dos sintomas faz parte dos cuidados de Enfermagem e da equipe	1-Orientar quanto aos efeitos indesejados do tratamento submetido a rádio e quimioterapia. 2-Administrar a medicação prescrita para o alívio da dor e do desconforto. 3-Favorecer a expressão de

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Dona Socorro? Ela tem uma queimadura imensa nas costas e foi devido a radioterapia. Isso pode ter acontecido com o senhor. O plantonista vai avaliar agora, mas é importante que o senhor fale pra sua médica que está acompanhando o senhor.</p> <p>Paciente: Tá certo.</p> <p>Enfermeiro: Vou falar para sua esposa, para vocês não esquecerem, mas vou deixar registrado no seu prontuário.</p> <p>Paciente: Tá certo, tá certo!</p> <p>Enfermeiro: Vou agora providenciar as coisas, tá certo?</p> <p>Paciente: Tá.</p> <p>(Chamado o plantonista e administrada a medicação prescrita)</p> <p>Enfermeiro: Como o senhor está?</p> <p>Paciente: Enfermeiro tem melhora não!</p> <p>Enfermeiro: Tenha calma que tudo vai dar certo, daqui a pouco a medicação começa a fazer efeito e o senhor vai ficar bem.</p> <p>Paciente: Ê, enfermeiro, tá tão pesado pra mim! É um preço muito alto.</p> <p>Enfermeiro: Posso imaginar, senhor P3, mas estamos aqui pra ajudar o senhor, não esqueça que o senhor não está sozinho.</p> <p>Paciente: Agradeço enfermeiro, obrigado.</p> <p>Enfermeiro: O senhor falou que estava pesado. O que mais o incomoda?</p> <p>Paciente: Enfermeiro, essa dor na garganta, parece que tá tudo rasgado, inflamado. Por mim tinha ido embora pra minha casa...(choro discreto)</p> <p>Enfermeiro: O senhor acha que em sua casa ficaria melhor?</p> <p>Paciente: Acho, pelo menos estava em casa, ia comer as comidas que estou acostumado, aqui não consigo comer nada: primeiro não me dou com a comida daqui e depois agora não desce nada, nem água.</p> <p>Enfermeiro: O senhor aceitaria se passássemos uma sonda para o senhor se alimentar?</p> <p>Paciente: Não, de jeito nenhum! Aceito não Michell.</p> <p>Enfermeiro: Tudo bem, senhor P3, só falei porque, nesses casos, a sonda ajuda muito e depois não é pra sempre, é só enquanto o senhor estiver assim.</p> <p>Paciente: Enfermeiro não quero! Se não for para casa essa semana, vou embora assim mesmo, não quero nem saber, já disse para minha esposa.</p> <p>Enfermeiro: Senhor P3, eu entendo que é difícil para o senhor, mas ir para casa assim não vai acabar com seu sofrimento. Se duvidar pode aumentar.</p> <p>Paciente: Ê, mas não me importo, já vivi muito, pra mim tá bom, não</p>	<p>administração da medicação prescrita retornamos a nossa conversa. O paciente relatou que a situação estava muito pesada para ele e que não aguentaria passar mais tempo no hospital. Tentei argumentar que o internamento era importante e que ir para casa não adiantaria. Voltando a ter um comportamento pessimista disse não se importar com sua vida ou morte. Apelei para a necessidade de falarmos do sofrimento e não da morte. O paciente relatou toda a sua dificuldade de deglutir e respirar. Quando foi feita alusão a passagem de sonda nasogástrica, o paciente recusou veementemente. Novamente disse que, se não recebesse alta, sairia de qualquer jeito, mesmo sem o consentimento da médica e da esposa que julgava quererem sua permanência no hospital. Reforcei a preocupação de todos em que estivesse bem. Finalizamos o encontro e marcamos o próximo.</p>	<p>de saúde.</p>	<p>sentimentos.</p> <p>4-Retomar o sentido atribuído ao sofrimento.</p> <p>5-Favorecer a avaliação do estado atual de saúde.</p> <p>6-Ajudar o paciente na tomada de decisão em relação ao tratamento e à estadia no hospital.</p> <p>7-Oferecer suporte para alimentação, hidratação e respiração.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>quero saber de nada não!</p> <p>Enfermeiro: Mas, senhor P3, o caso que estamos falando não é de morte e sim de sofrimento. O senhor pode ficar bem e evitar sofrer mais do que está sofrendo.</p> <p>Paciente: Ficar bem assim?</p> <p>Enfermeiro: O senhor está assim agora, não significa que ficará assim pra sempre.</p> <p>Paciente: Sei não Michell, meu destino é ir pra casa.</p> <p>Enfermeiro: Eu sei, mas tenha calma. Quando o senhor estiver em condições tenho certeza que sua médica dará sua alta.</p> <p>Paciente: Parece que elas (médica e esposa) querem que eu fique aqui.</p> <p>Enfermeiro: Tenho certeza que elas querem só seu bem.</p> <p>Paciente: Não sei... Aqui é muito ruim!</p> <p>Enfermeiro: Eu entendo que é muito ruim ficar internado, longe de casa, mas quando estiver em condições, o senhor volta para casa e continua seu tratamento lá!</p> <p>Paciente: É?!</p> <p>Enfermeiro: Vou ver os outros pacientes, tá certo? Tem alguma coisa que o senhor gostaria de falar?</p> <p>Paciente: Não, enfermeiro.</p> <p>Enfermeiro: Depois venho ver como o senhor está.</p> <p>Paciente: Tá certo.</p>			
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro ocorreu de forma atípica porque foi interrompido pela avaliação médica, solicitada por mim. O paciente sentia muitas dores e apresentava dispnéia. Após avaliação médica e administração do medicamento prescrito, retomamos a interação. Devido ao estado do paciente, o encontro aconteceu no leito e teve a duração de 18 minutos. Esse encontro foi importante, pois colocou em xeque o que o próprio paciente havia dito sobre o sentido do sofrimento. Percebi que, até o momento, o paciente não havia sofrido tanto, nem mesmo quando relatou duas crises de dispneia intensa, a primeira quando vinha do interior para o internamento, e a segunda, vindo do CRIQ. Esse encontro também foi um teste à relação de ajuda, visto que o paciente teve a confiança de relatar um suposto complô entre sua esposa e sua médica assistente em quererem deixá-lo internado por mais algum tempo.</p>		<p>1-O sentido do sofrimento.</p> <p>2-A dimensão psicofísica condiciona o homem.</p> <p>3-A relação de ajuda como forma autêntica de cuidado.</p> <p>4-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão física.</p> <p>5- O ambiente de conforto e segurança.</p>	

8º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa noite, como estão as coisas?</p> <p>Paciente: Tão boas...</p>	<p>Ao realizar os cumprimentos habituais, demos inicio ao</p>	<p>1-A condição de dor obriga o paciente a aceitar a</p>	<p>1-Favorecer a expressão de</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Vejo que o senhor está com uma sonda. Como está sendo para o senhor?</p> <p>Paciente: Tá difícil viu, enfermeiro.</p> <p>Enfermeiro: O senhor não recebeu alta? Como está sendo tudo isso?</p> <p>Paciente: Tem sido difícil...</p> <p>Enfermeiro: Mas nessas condições, como o senhor ficaria se recebesse alta?</p> <p>Paciente: Eu queria ir para casa, lá eu ficaria melhor.</p> <p>Enfermeiro: Mas senhor P3, como seria ir pra tão longe sem comer e nem beber?</p> <p>Paciente: É, com isso (sonda), pelo menos estou bebendo água.</p> <p>Enfermeiro: Será que o senhor teria condições de ir pra casa assim?</p> <p>Paciente: Sei não... Acho que em casa eu ficaria bem.</p> <p>Enfermeiro: Será que não vale mais a pena receber alta quando o senhor realmente estiver melhor e tiver condições de fazer a próxima sessão de quimioterapia?</p> <p>Paciente: Será, enfermeiro, que tenho condições de fazer esse tratamento?</p> <p>Enfermeiro: Agora se alimentando direitinho, o senhor pode se restabelecer e dar continuidade ao seu tratamento.</p> <p>Paciente: Mas não consigo nem engolir nada.</p> <p>Enfermeiro: É por esse motivo que sua médica passou essa sonda e solicitou um exame chamado endoscopia, para saber o que está causando esse desconforto.</p> <p>Paciente: Então posso ir pra casa com essa sonda?</p> <p>Enfermeiro: Se seu problema for por causa da radioterapia a lesão vai sarar e o senhor voltará a comer e beber normalmente, mas se o problema for a compressão pelo tumor, aí o senhor vai ficar com a sonda por mais algum tempo e pode receber alta e ir pra casa ainda com a sonda.</p> <p>Paciente: Ah!</p> <p>Enfermeiro: Mas, senhor P3, como está sendo tudo isso para o senhor?</p> <p>Paciente: Éh, tá pesado!</p> <p>Enfermeiro: Estou sentindo o senhor desanimado!</p> <p>Paciente: Tô melhor depois que consegui beber alguma coisa. Nem água tô conseguindo beber. Você já pensou um homem não conseguir beber água? Com isso pelo menos bebo alguma coisa, mas tô sentindo uma dorzinha de barriga.</p>	<p>nosso oitavo encontro. Observei que o paciente estava com uma sonda nasoenteral e como havíamos cogitado a possibilidade de passar a sonda no encontro anterior e o mesmo mostrou-se relutante, percebi que esta era uma situação difícil. Fui direto e abordei a questão da sonda e o paciente relatou a dificuldade vivenciada e seu desejo de ir para casa. Tentei argumentar sobre seu estado e os problemas que poderia ter se fosse pra casa nessa situação. O paciente relatou que era difícil a situação, mas a sonda ajudava pelo menos em beber água, coisa que nem isso conseguia. Ele indagou sobre a permanência da sonda com sua alta e respondi que havia algumas possibilidades. Se fosse a radioterapia que tivesse causado a queimadura a sondagem era temporária, mas se fosse a compressão do tumor, talvez a sondagem permanecesse um pouco mais. O paciente queixou-se de desconforto gástrico e atribuiu à sonda. Expliquei que poderia ser a velocidade de gotejamento, assegurei que a dieta seria</p>	<p>terapêutica e procedimentos invasivos. 2-A orientação do paciente faz parte dos cuidados de Enfermagem. 3-As situações precisam ser vistas e abordadas pelo enfermeiro, de forma direta e honestamente. 4-O fato de estar sondado e não ter recebido alta agrava a condição do paciente.</p>	<p>sentimentos. 2-Orientar sobre dúvidas a respeito do tratamento e dos procedimentos. 3-Administrar a dieta na temperatura e no gotejamento adequado, a fim de evitar diarreia ou desconforto abdominal. 4-Favorecer a avaliação da situação e a tomada de decisão pelo paciente. 5-Alertar sobre o risco de infecção pela queda da imunidade. 6-Assegurar a aceitação e o cuidado nas situações vividas. 7-Retomar o sentido atribuído ao sofrimento</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Isso pode ser porque o senhor passou muito tempo sem comer, mas vou diminuir o gotejamento da dieta e vou deixar prescrita a dieta lentamente.</p> <p>Paciente: Michell, tá difícil até falar.</p> <p>Enfermeiro: Posso imaginar, deve ser muito difícil. O senhor tá lembrado que eu falei que o tratamento era difícil e que o senhor poderia ter muitas reações?</p> <p>Paciente: Lembro.</p> <p>Enfermeiro: Pois é, agora surgiram as reações, mas estou aqui pra cuidar do senhor não se preocupe, eu estarei do seu lado.</p> <p>Paciente: Eu agradeço muito sua atenção.</p> <p>Enfermeiro: Deixa eu ver como estão essas feridinhas debaixo do braço do senhor?</p> <p>Paciente: Tá bem, depois do remédio que a médica passou tô quase bom.</p> <p>Enfermeiro: Vou deixar o senhor descansar um pouco, não esqueça que se o senhor precisar, é só chamar, tá?</p> <p>Paciente: Tá bom, obrigado.</p>	<p>administrada lentamente. Lembrei ao paciente das reações esperadas dos tratamentos de radioterapia e quimioterapia e reforcei minha presença e minha disposição em cuidar dele. Fiz uma inspeção na axila por notar uma lesão de pele, provavelmente causada pela diminuição da imunidade. Finalizamos o encontro e afirmei mais uma vez minha disposição em cuidar.</p>		
Comentários	Bases teóricas		
<p>O encontro aconteceu no horário do meu plantão noturno, no leito, devido à sua condição, e teve 21 minutos de duração. Percebi que o paciente estava visivelmente abatido, não somente pela sua condição física debilitada, mas, sobretudo pela sua condição de paciente, forasteiro em terra estranha (hospital) e submetido a humilhantes procedimentos (sondagem nasoenteral etc.), ou seja, sua condição psicossocial e espiritual foi afetada também. Sua autoestima e sua autoimagem agora estavam comprometidas. Aquele homem altivo, independente e seguro de si, praticamente havia desaparecido. A situação o deixava vulnerável. Percebendo isso, coloquei-me à disposição para ajudar no que fosse preciso. Abordei a situação de forma direta, mas respeitosa. Solicitei que a acompanhante não presenciasse a interação e falamos mais baixo do que de costume a fim de manter certa privacidade. Após a interação, conversei um pouco com a esposa, dando assim espaço para expressão de sentimentos e esclarecimentos.</p>	<p>1-O sofrimento como valor atitudinal. 2-A comunicação como forma de cuidar. 3-O enfermeiro como instrumento de cuidado. 4-A dimensão psicofísica condiciona o homem. 5-As dimensões humanas formam uma unidade na multiplicidade. 6-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica. 7- O ambiente de conforto e segurança.</p>		

9º ENCONTRO – P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Enfermeiro: Boa tarde! Como estão as coisas?</p> <p>Paciente: Tô assim...</p> <p>Enfermeiro: Assim como?</p> <p>Paciente: Assim...</p> <p>Enfermeiro: Entendo, senhor P3!</p>	<p>Em nosso nono encontro, o paciente disse logo no início que não estava em condições de conversar, deixei-o à vontade e mesmo</p>	<p>1-A dependência de outras pessoas incomoda o paciente. 2-Há necessidade de se aprender com as situações</p>	<p>1-Favorecer a expressão de sentimentos, especialmente raiva e frustração.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Enfermeiro, não tô conseguindo falar muito não.</p> <p>Enfermeiro: Tudo bem, senhor P3, estou aqui para cuidar do senhor. Se não quiser ou não tiver condições de falar eu entendo.</p> <p>Paciente: Minha garganta dói muito ainda.</p> <p>Enfermeiro: É mesmo, senhor P3?</p> <p>Paciente: É!</p> <p>Enfermeiro: Tem alguma coisa que eu possa fazer pelo senhor?</p> <p>Paciente: Sabe o que é um homem como eu comer na mão de outra pessoa?</p> <p>Enfermeiro: Como assim, “comer na mão de outra pessoa”?</p> <p>Paciente: Eu era um homem que nunca dependi de ninguém, agora tô assim...(choro discreto)</p> <p>Enfermeiro: Sei, senhor P3, que és um homem muito forte, que és sábio também, mas há uma lição que talvez ainda não fez. Sabe qual é?</p> <p>Paciente: Não.</p> <p>Enfermeiro: Talvez a de precisar de outras pessoas e se deixar cuidar.</p> <p>Paciente: É... Nunca precisei de ninguém pra fazer as coisas por mim.</p> <p>Enfermeiro: Sei, pelo que me contou que sua vida toda foi cuidando de sua casa e de seus filhos. Agora é o tempo de ser cuidado. Imagino que se fosse o contrário, se sua mulher ou se um de seus filhos estivesse no seu lugar, estaria aqui cuidando deles. Não estaria?</p> <p>Paciente: Com o maior prazer.</p> <p>Enfermeiro: Então descanse e se deixe cuidar.</p> <p>Paciente: Enfermeiro, não é fácil. Por mim ia embora e deixava tudo.</p> <p>Enfermeiro: Talvez isso exija humildade da sua parte. Tenho certeza que eles tem o maior prazer em ajudar o senhor.</p> <p>Paciente: É, eles quiseram vir pra cá, a minha esposa que não deixou. Ela fez questão de ficar comigo aqui.</p> <p>Enfermeiro: Pois então?!</p> <p>Paciente: É difícil, não poder fazer o que quer.</p> <p>Enfermeiro: Com certeza deve ser, senhor P3, mas pode ser temporária essa situação e, além disso, o senhor pode aprender a fazer outras coisas também.</p> <p>Paciente: Aqui é muito agitado e barulhento, quando não é os pacientes conversando, é os enfermeiros que abrem a luz ou um paciente que desce ou sobe essa rampa. Na minha casa é um silêncio, uma tranquilidade, lá tenho paz.</p> <p>Enfermeiro: Sim, senhor P3, posso imaginar a diferença, mas o senhor</p>	<p>se queixando, conversou um tempo considerável. Começou a falar da dor que sentia na garganta e acrescentou o fato de que depender das outras pessoas é muito difícil para ele. Argumentei que, talvez, ele precisasse aprender a lição de se deixar cuidar, porque cuidar das pessoas ele tinha feito a vida toda e sabia que se algum dos parentes precisasse, ele estaria pronto a ajudar. Isso foi confirmado. Pedi que descansasse e que se deixasse cuidar, mas novamente o paciente disse ser difícil sua condição e revelou sua vontade de ir embora para sua casa. Mais uma vez apelei para que tivesse uma postura humilde e ainda argumentei que poderia ser temporária a situação e a possibilidade de aprender ou desenvolver algo. O paciente, em seguida relatou um pouco como via sua condição no ambiente hospitalar, o barulho dos outros pacientes, o entra e sai dos enfermeiros e o contraste de sua casa. A paz, o silêncio e a tranquilidade de sua casa são ressaltados por ele, mas lembra que o que mais o incomoda é não</p>	<p>adversas.</p> <p>3- A apelação é necessária para o paciente ter outras posturas frente ao sofrimento.</p> <p>4-O ambiente hospitalar é um agravante à condição do paciente.</p> <p>5-A data marcada e não cumprida da alta hospitalar causa frustração e sofrimento ao paciente.</p>	<p>2-Favorecer a tomada de decisão frente ao sofrimento.</p> <p>3-Tornar o ambiente hospitalar o mais acolhedor e confortável possível.</p> <p>4-Propiciar a descoberta de sentido nas situações vividas.</p> <p>5-Ajudar o paciente a lidar com as frustrações.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>precisa se restabelecer e isso pode demorar um pouco mais de tempo.</p> <p>Paciente: Sabe o que é mais difícil? O médico dizer que vai dar alta pra gente tal dia e depois não dar. A gente ficar naquela espera e quando dizem que não vão dar mais a alta, o que a gente faz? Sabe o que é ficar pensando que tal dia vai voltar pra casa?</p> <p>Enfermeiro: Deve ser frustrante. Cria muita expectativa.</p> <p>Paciente: Demais.</p> <p>Enfermeiro: O senhor espera um minutinho que vou trocar sua medicação, ainda falta o outro antibiótico.</p> <p>Paciente: Tá certo. (Trocada a medicação)</p> <p>Enfermeiro: Agora, sim, estávamos falando da expectativa que se cria quando se programa a alta, não era?</p> <p>Paciente: Era. Acho que eles não deviam falar nada.</p> <p>Enfermeiro: Isso o senhor pode fazer a partir de agora, fique tranquilo, faça seu tratamento e quando estiver tudo bem, com certeza irá para casa.</p> <p>Paciente: É, tenho que fazer isso.</p> <p>Enfermeiro: Quero dizer novamente que, se precisar de mim, estarei à sua disposição.</p> <p>Paciente: Obrigado.</p> <p>Enfermeiro: Foi boa nossa conversa. Apesar de não conseguir falar muito, acho que conversamos sobre coisas importantes que incomodavam o senhor não?</p> <p>Paciente: É, foi.</p> <p>Enfermeiro: Conversaremos mais no meu próximo plantão, tá bom?</p> <p>Paciente: Tá.</p> <p>Enfermeiro: Pois então, até mais, senhor P3!</p> <p>Paciente: Até Michell.</p>	<p>ver as promessas dos médicos se cumprirem em relação a sua alta. A espera ansiosa e prazerosa é frustrada com o comunicado do adiamento da alta. Em sua avaliação, os médicos não deveriam criar expectativas nos pacientes para depois frustrá-los. Sugeri que não levasse em conta o tempo de internamento, mas se prendesse no restabelecimento de sua saúde. Interrompemos a conversa para trocar o frasco de antibiótico que estava acabando e finalizamos o encontro. Reafirmei minha disposição em ajudar.</p>		
Comentários		Bases teóricas	
<p>O encontro aconteceu fora do horário de trabalho e continuou sendo no próprio leito, pois o paciente ainda não tinha condições físicas para ir à sala de espera. Teve duração de 27 minutos. O paciente permaneceu no mesmo estado dos encontros anteriores, cabisbaixo, quase nunca me encarava, como se estivesse envergonhado e profundamente triste. Especialmente nesse encontro fui mais diretivo, coisa que não tinha sido até então, talvez pela necessidade, devido ao momento vivido pelo paciente, mas que, de certa forma, pode prejudicar os <i>insights</i> do paciente. Pode-se ressaltar que essa interação foi uma continuidade da anterior, pois as mesmas queixas repetiram-se, sendo acrescida a da expectativa criada quando à marcação da alta, que foi adiada.</p>		<p>1-O sofrimento como valor atitudinal. 2-A comunicação como forma de cuidar. 3-A liberdade frente aos condicionamentos do homem. 4-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica. 5- O ambiente de conforto e segurança.</p>	

10º ENCONTRO: P3

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>Paciente: Enfermeiro foi bom você aparecer por aqui.</p> <p>Enfermeiro: O que foi que houve? Tá todo arrumado! O senhor pensa que vai pra onde?</p> <p>Paciente: Vou pra casa.</p> <p>Enfermeiro: É mesmo? Como o senhor está?</p> <p>Paciente: Tô bem, mas fui eu que pedi minha alta, a doutora não queria que fosse agora não, só quando os leucócitos estivessem mais altos, mas já cansei de esperar. Minha consulta já tá marcada pra segunda-feira em Sobral. A nutricionista ensinou como fazer minha dieta, minha esposa tem tudo anotado, já ganhei peso... Tô só esperando a ambulância pra me pegar.</p> <p>Enfermeiro: Observo que o senhor parece mais disposto, mais alegre.</p> <p>Paciente: É, enfermeiro, quem é que não fica alegre em voltar pra casa?</p> <p>Enfermeiro: Então foi providencial ter vindo hoje pra conversarmos, não foi?</p> <p>Paciente: Tava pensando, vou receber alta e nem vou ver o Michell, mas ainda bem que você veio. Olha, enfermeiro você não sabe como você foi importante pra mim... (choro) Suas palavras de conforto, suas explicações... Nunca vou esquecer... As conversas que tivemos aqui nunca tive com ninguém, acredita? Ficar internado é ruim, enfermeiro, a casa da gente é que é bom. Tá doente em hospital é ruim demais.</p> <p>Enfermeiro: Fico feliz de ter ajudado de alguma forma.</p> <p>Paciente: Você nem sabe quanto me ajudou.</p> <p>Enfermeiro: Preciso só lembrar algumas coisas ao senhor. Primeiro, o senhor não está sozinho, tem sua família e especialmente sua esposa pra ajudar e cuidar do senhor. Deixe-se cuidar! Segundo, há sempre duas possibilidades na vida, viver e morrer, não esqueça o que o senhor, me disse: "não tenho medo da morte porque sei pra onde vou". A morte vem pra todos, mas podemos aproveitar a vida enquanto ela for possível.</p> <p>Paciente: Enfermeiro, não tenho medo da morte, nunca tive.</p> <p>Enfermeiro: Agora, senhor P3, continue seu tratamento e aproveite o que a vida ainda tem pra oferecer. Nós não sabemos quando iremos, se agora ou daqui a dez ou vinte anos.</p> <p>Paciente: É verdade.</p> <p>Enfermeiro: O senhor já sabe o que vai fazer quando chegar em casa?</p> <p>Paciente: Vou ver meus passarinhos, o sítio e meus filhos. Eles tão me</p>	<p>Quando cheguei à enfermaria para o décimo encontro, deparei-me com o paciente preparado para ir embora do hospital. Ele estava sem a roupa do hospital, vestia suas próprias roupas. Indaguei na forma de brincadeira o que estava acontecendo, ao que ele me explicou a situação, que apesar de não receber alta da médica assistente, ele mesmo solicitou sua alta hospitalar. Ficou emocionado ao relatar a importância dos encontros que tivemos: o conforto, as explicações... todas foram coisas citadas pelo paciente que nunca mais esqueceria. Relembrei algumas coisas que havíamos conversado sobre a vida e a morte, despedimo-nos e encerramos nossa relação de ajuda.</p>	<p>1-Receber alta e voltar a sua casa, o paciente recobra a alegria e as forças.</p> <p>2-A relação de ajuda é uma forma autêntica de cuidar.</p> <p>3- O planejamento de vida configurou-se em curto prazo.</p>	<p>1-Avaliar o processo.</p> <p>2-Preparar para o término da relação de ajuda.</p> <p>3-Preparar para o pós-alta.</p> <p>4-Incentivar o planejamento da vida.</p>

Descrição do Encontro	Síntese	Análise	Intervenções
<p>esperando.</p> <p>Enfermeiro: O senhor tá animado! Arrumou-se todinho! Agora quando chegar, o senhor pode cortar seu cabelo curtinho, assim deixa de cair por causa da quimio.</p> <p>Paciente: É, vou cortar o cabelo curtinho e lá em casa eu uso um chapéu de palha.</p> <p>Enfermeiro: Pronto! Vejo que se planejou! O senhor já recebeu seus exames, os papéis da consulta e do tratamento, suas medicações, tudinho?</p> <p>Paciente: Recebi. Tá tudo certo.</p> <p>Enfermeiro: Boa sorte e boa viagem! Gostaria de dizer que aprendi muito com o senhor e que esse tempo ficará marcado pra sempre em mim.</p> <p>Paciente: Da mesma forma, enfermeiro, e eu é que agradeço tudo o que você fez por mim, melhor, o que vocês fizeram. Agradecemos na ouvidoria a vocês tudinho.</p> <p>Enfermeiro: Espero que o senhor fique bem. Agradeço mais uma vez e quando eu for a Serra Grande dou uma passadinha em Ubajara.</p> <p>Paciente: Vou aguardar.</p> <p>Enfermeiro: Boa sorte e boa viagem!</p> <p>Paciente: Obrigado.</p>			
<p>Comentários</p>	<p>Bases teóricas</p>		
<p>Esse foi nosso último encontro. Aconteceu em uma visita fora do meu horário de trabalho. De forma inesperada pra mim o paciente encontrava-se de alta. Como demos sempre um espaço de dias (dois ou três dias) entre uma interação e outra, nesse ínterim a alta foi solicitada e atendida. Essa interação foi importante para avaliar o processo como um todo, pois o paciente, por entender que esse era nosso último encontro, tratou de avaliar por conta própria. Pude observar as expressões de agradecimento e os resultados obtidos ditos pelo paciente. Percebi que a proposta de cuidado espiritual amplia-se de certa forma para um cuidado integral ou total. Ficou notório que durante o processo de relação de ajuda, a equipe via o enfermeiro como referência no cuidado do paciente. A interação ocorreu no leito do paciente, na presença da acompanhante e teve a duração de 35 minutos.</p>	<p>1- A relação de ajuda como forma autêntica de cuidado.</p> <p>2-As dimensões humanas formam uma unidade na multiplicidade.</p> <p>3-O acesso ao paciente é na ordem da dimensão psíquica.</p> <p>4-A necessidade de elaborar os planos de vida.</p>		

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND**

Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº – Rodolfo Teófilo – C.G.C. 07.206.048/0001-08
PABX: (085) 4009-8523 – Fax: (085) 4009-8515
CEP 60430-270 – Fortaleza – Ceará – Brasil

Ofício CEP/MEAC nº 113/11

Fortaleza, 22 de junho de 2011.

Protocolo nº 58/11

Pesquisador responsável: Michell Ângelo Marques Araújo

Depto./Serviço: Pós- Graduação em Enfermagem – UFC (Doutorado)

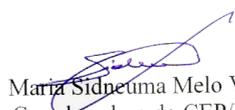
Título do Projeto: CUIDADO ESPIRITUAL: UMA PROPOSTA DE MODELO À LUZ DA ANÁLISE EXISTENCIAL E DA RELAÇÃO DE AJUDA.

Levamos ao conhecimento de V. Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (DOU de 16 de outubro de 1996), aprovou o projeto supracitado e libera sua execução uma vez que foram atendidas as recomendações.

O Pesquisador deve comparecer ao setor competente da Instituição, onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munido deste documento.

Igualmente, informamos que o mesmo deverá se comprometer a enviar relatórios parciais e ao final do referido projeto.

Atenciosamente,


Maria Sidneuma Melo Ventura
Coordenadora do CEP/MEAC

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a Tese de Doutorado denominada “O CUIDADO ESPIRITUAL: UM MODELO À LUZ DA ‘ANÁLISE EXISTENCIAL’ E DA ‘RELAÇÃO DE AJUDA’”, de Michell Ângelo Marques Araújo, defendida, em 2011, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, foi por mim revisada de acordo com as novas regras ortográficas da Língua Portuguesa.

Fortaleza, 17 de fevereiro de 2012



Helena de Araújo Freres