

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ALINE FANTIN CERVELIN

**CUIDADOS PALIATIVOS:
uma análise dos discursos sobre espiritualidade e religiosidade**

Porto Alegre

2012

ALINE FANTIN CERVELIN

**CUIDADOS PALIATIVOS:
uma análise dos discursos sobre espiritualidade e religiosidade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Profª Drª Maria Henriqueta Luce Kruse

Porto Alegre

2012

Dedico esta conquista a meus pais,
Neiva e Danesso,
por sempre terem estado ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Neiva e Danesso, pelo amor, apoio, incentivo e confiança que dedicaram a mim durante todos esses anos.

Ao meu namorado Guilherme por sempre ter estado ao meu lado, ser um amigo e companheiro, compreendendo meus momentos de ausência e me incentivando nos momentos difíceis.

As minhas colegas e amigas que fizeram parte da minha trajetória, com as quais compartilhei muitas experiências.

A minha orientadora, professora Maria Henriqueta, pela convivência de mais de dois anos, pelas experiências compartilhadas, pelos ensinamentos e pelas palavras de apoio e incentivo.

As colegas do grupo de pesquisa da professora Maria Henriqueta, por compartilhar momentos de discussões e reflexões, que foram de grande auxílio na realização desse trabalho.

Por fim, agradeço a todos os profissionais que cruzaram meu caminho e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato
de as pessoas falarem e de seus discursos
proliferarem indefinidamente?
Onde, afinal, está o perigo?

Michel Foucault

RESUMO

No Brasil, a maioria da população tem crenças religiosas e espirituais. Devido a isso, espiritualidade é um ponto importante a ser trabalhado quando as pessoas têm doenças sem possibilidade de cura. O objetivo deste trabalho é conhecer os discursos sobre espiritualidade e religiosidade que circulam nos livros textos sobre Cuidados Paliativos, e saber como tais dispositivos operam produzindo sentidos que produzem verdades. A pesquisa é de natureza qualitativa. Trata-se de uma análise textual e propõe realizar uma aproximação com o campo dos Estudos Culturais, especificamente na vertente pós-estruturalista, que se desenvolve a partir da perspectiva pós-moderna. O *corpus* de análise é composto por seis livros e um manual de Cuidados Paliativos. A coleta dos dados foi realizada a partir da leitura interessada dos livros textos, e para realizar as análises utilizei as ferramentas de discurso e poder, bem como seus deslocamentos governo e poder, propostas por Michel Foucault. A análise do material possibilitou a criação de duas categorias: ‘Conhecer para governar’ e ‘Produzindo a boa morte’. Profissionais da saúde e pacientes são fortemente influenciados pelos discursos religiosos e espirituais. A pesquisa destaca os livros textos sobre Cuidados Paliativos como importantes artefatos da mídia, que proporcionam a circulação de discursos tidos como verdadeiros, de forma que constituem sujeitos, governando, influenciando, disciplinando e ensinando um modo correto de ser e de agir.

Descritores: Religião. Espiritualidade. Cuidados Paliativos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dimensões do ser humano	22
Quadro 1 – FICA	26
Quadro 2 – SPIRIT	26
Quadro 3 – CSI-MEMO	26
Quadro 4 – HOPE	27
Quadro 5 – Auto-avaliação espiritual	28
Quadro 6 – FICA – profissional	39
Quadro 7 – Necessidades espirituais expressas de modo verbal e/ou não verbal e estratégias de comunicação úteis para o cuidado ao fim da vida	40
Quadro 8 – Notas sobre intervenções espirituais	42
Quadro 9 – Elementos simbólicos sugeridos aos pacientes no desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica “relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espirituais”	43

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO O ASSUNTO	09
2 ETAPAS DA TRAJETÓRIA	13
3 CONHECENDO OS DISCURSOS	16
3.1 Conhecer para governar	17
3.2 Produzindo uma boa morte	33
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – <i>Corpus</i> de Análise	55
APÊNDICE B – Instrumento de coleta dos dados	57
ANEXO – Carta de Aprovação da COMPESQ/EEUFRGS	58

1 APRESENTANDO O ASSUNTO

Pensar na morte gera sentimentos de ameaça e ansiedade. Pessoas em fase terminal têm medo do desconhecido, da dor, do sofrimento, da perda do corpo e controle pessoal, e da solidão (SMELTZER et al, 2009).

Antigamente as pessoas morriam em suas casas, junto a familiares e amigos. Suas vontades eram respeitadas, pois lhe era permitido expressá-las. Com a medicalização da saúde, característica do século XX, as pessoas passaram a morrer nos hospitais (MUCCILLO, 2006). Assim, este passa a ser o novo local para a morte, dando um novo sentido ao ato de morrer, de modo mais silencioso e higiênico, e em condições propícias à solidão (ELIAS, 2001). Essa transferência da morte para os hospitais tem sido referida como condição para o surgimento dos Cuidados Paliativos no final do século XX.

O Cuidado Paliativo teve início com Cecily Saunders e seus colegas ao organizarem o movimento *hospice* que difundiu pelo mundo uma filosofia com dois elementos fundamentais sobre o cuidar. O primeiro é o controle efetivo da dor e de outros sintomas, e o segundo é o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e seus familiares. Através deste movimento divulgou-se o conceito de cuidar e não somente o de curar (MELO, FIGUEIREDO, 2006).

Em 1840, na França os *hospices* eram abrigos para peregrinos e tinham origem religiosa. Este era o local onde se cuidavam os enfermos que estavam morrendo. Em 1900, outro *hospice* surgiu em Londres e em 1967, surgiu o St Christopher`s Hospice, que deu início a outros *hospices* independentes (MELO, FIGUEIREDO, 2006). No Brasil, o Cuidado Paliativo teve início na década de 1980, e teve crescimento significativo a partir de 2000, através da consolidação dos serviços já existentes e da criação de outros (MATSUMOTO, 2009).

A organização mundial da saúde define Cuidado Paliativo como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e das famílias que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados desde o diagnóstico de doenças graves, progressivas e incuráveis, ou seja, doenças que ameacem a vida (ARANTES, 2009). Os

programas de Cuidados Paliativos cresceram muito nos últimos anos devido ao aumento de pessoas com doenças crônicas, debilitantes e potencialmente fatais e ao interesse dos profissionais de saúde em atender de modo eficaz essa população. A filosofia dos Cuidados Paliativos propõe que as ações de saúde sejam prestadas por equipe multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais, religiosos, conselheiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais da saúde (CAMPBELL, 2011). Nos Cuidados Paliativos o limite da vida é aceito e o objetivo não é a cura, e sim, o cuidado. Estudos mostram que os profissionais de enfermagem são os que passam mais tempo com o paciente no final da vida em comparação com outros profissionais de saúde (PIMENTA, 2010).

Desde que o ser humano se reconhece por ser pensante, ele se preocupa em entender o significado da vida e da morte, o porquê da sua presença no mundo, procurando estratégias para lidar com as dificuldades. Tais estratégias são geralmente associadas ao tema da espiritualidade e religiosidade e vêm se fazendo presente no cotidiano das pessoas, principalmente quando se encontram em situações de fragilidade devido à doença. Pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis tendem a sentir necessidade de apoio espiritual ou religioso. Dessa forma, os Cuidados Paliativos propõem realizar também este cuidado.

No Brasil, a maioria da população possui crenças religiosas e espirituais. Segundo o Instituto de Pesquisas Datafolha (2007) chega a 90% a taxa de brasileiros que declaram ir a igrejas, cultos ou serviços religiosos. De acordo com a literatura, durante doenças crônicas ou terminais, pacientes e familiares frequentemente se apoiam em crenças religiosas ou espirituais como forma de encarar as dificuldades, encontrar conforto, esperança e força (SMELTZER et al, 2009). Devido a isso, a espiritualidade e a religiosidade são aspectos importantes no cuidado de pessoas que têm doenças sem possibilidade de cura. Por outro lado, tais enunciados geram uma rede discursiva que produz efeitos de verdade. Segundo Foucault (2005a) as verdades são entendidas como um conjunto de regras através das quais se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder. Assim, olhar para esses discursos não pode ser visto apenas como associação de coisas e palavras, já que surgem submetidos a um determinado conjunto de regras que definem seu regime de existência e suas correlações com outros enunciados constituindo o objeto e compondo uma determinada formação discursiva (FOUCAULT, 2008a).

Meu interesse pela religiosidade e espiritualidade surgiu ao realizar uma pesquisa na qual avalei o perfil dos pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como bolsista de iniciação científica. Além disso, tive a

oportunidade de realizar atividades assistenciais no Núcleo de Cuidados Paliativos. Através dessa experiência tive contato com pacientes fora de possibilidades de cura e percebi que a espiritualidade e religiosidade são bastantes presentes nessa fase da vida.

Espiritualidade e religiosidade são conceitos relacionados, mas, apesar de muitas vezes serem utilizadas como sinônimos, não tem o mesmo significado. A espiritualidade engloba as necessidades humanas universais, ela pode ou não incluir crenças religiosas específicas e fornece uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas da pessoa (CAMPBELL, 2011). A espiritualidade seria uma conexão consigo mesmo, com outras pessoas, com uma força de vida ou com Deus, permitindo que as pessoas encontrem o significado da vida (SMELTZER et al, 2009). Já a religião, pode ser entendida como um grupo ou sistema de crenças que envolve o sobrenatural, sagrado ou divino, e códigos morais, práticas, valores, instituições e rituais associados com tais crenças (KEMP, 2006).

A espiritualidade e a religiosidade vêm recebendo atenção na assistência à saúde, pois se constituem em importantes estratégias de enfrentamento diante de situações que causam impacto na vida das pessoas. Além disso, autores referem que elas teriam demonstrado influência positiva sobre a saúde física, atuando na prevenção de doenças e redução de óbitos, inclusive destacando que práticas espirituais e religiosas oferecem suporte emocional, hábitos de vida saudáveis, menores taxas de estresse e depressão, suporte e significado da vida, sempre propiciando emoções de aspecto positivo (GUIMARAES, AVEZUM, 2007; FORNAZARI, FERREIRA, 2010).

Autores apontam que reconhecer a espiritualidade ou a religiosidade como estratégias de enfrentamento e identificar as lacunas espirituais do indivíduo fazem com que o profissional de saúde possa planejar e prover uma assistência integral ao paciente (GUERRERO et al, 2011) destacando a importância dos profissionais compreenderem os pacientes e o modo como lidam com a doença, suas crenças e valores, e entendam a influência dessas relações na qualidade de vida desse indivíduo. Outros autores ressaltam que o paciente deve ser compreendido em sua totalidade e ter suas crenças respeitadas, o que poderia contribuir para um melhor relacionamento entre a equipe e o paciente (FORNAZARI, FERREIRA, 2010).

Por outro lado, a filosofia dos Cuidados Paliativos propõe o direito à vida digna até os últimos momentos do paciente, destacando que os profissionais da saúde devem ficar atentos para tentar reduzir o sofrimento e a ansiedade, podendo a religiosidade e a espiritualidade constituir importantes aliados para alguns pacientes (FORNAZARI, FERREIRA, 2010),

destacando que acolher o paciente, respeitando suas crenças em relação à espiritualidade e religiosidade é um dos alicerces dos Cuidados Paliativos (PERES et al, 2007).

A filosofia dos Cuidados Paliativos está bem estabelecida. Os processos de morrer, morte e luto e os princípios bioéticos aplicados aos cuidados paliativos já foram bastante estudados. Contudo, há lacunas quando o assunto se refere à espiritualidade e à religiosidade tais como, seu papel nas situações de luto e morte, estratégias para aliviar o sofrimento espiritual e formas de estabelecer o diálogo referente a esses assuntos (PIMENTA, 2010). Deste modo, penso que é importante conhecer a produção de conhecimentos sobre o tema, na medida em que os profissionais da área de saúde poderão se apropriar deste assunto e aplicá-lo na sua prática assistencial.

Não pretendo aqui apontar os efeitos da espiritualidade e da religiosidade no desfecho dos tratamentos ou se praticá-las é certo ou errado. Ao expor como nos constituímos a partir da cultura na qual estamos inseridos, questiono os saberes sobre espiritualidade e religiosidade e o modo como são organizados e como vamos sendo incluídos nos discursos que nos atravessam. Para isso referencio as ideias de Foucault (1996), que considera discurso como algo que nos atravessa e nos constitui. Dessa forma, proponho como questões norteadoras para o estudo: Que discursos sobre espiritualidade e religiosidade circulam nos livros textos sobre Cuidados Paliativos? Como tais discursos operam na formação de sentidos produzindo verdades sobre o assunto?

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é conhecer os discursos sobre espiritualidade e religiosidade que circulam nos livros textos sobre Cuidados Paliativos, e saber como tais dispositivos operam produzindo sentidos que produzem verdades.

2 ETAPAS DA TRAJETÓRIA

O estudo é de natureza qualitativa, que tem por característica ser flexível (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004), situar-se no contexto do descobrimento e não tanto no de justificação e aplicação e ocupar-se mais dos significados do que da frequência dos fatos (TOBAR, YALOUR, 2001).

Trata-se de uma análise textual (COSTA, SILVEIRA, SOMMER, 2003) e propõe realizar uma aproximação com o campo dos Estudos Culturais, especificamente na vertente pós-estruturalista, que se desenvolve a partir da perspectiva pós-moderna.

A análise textual pode ser entendida como um dos caminhos investigativos inventados para compor os objetos de estudo, percorrendo disciplinas e metodologias para dar conta das preocupações, motivações e interesses teóricos e políticos. De acordo com os Estudos Culturais, os discursos e textos têm caráter produtivo e constitutivo de experiências cotidianas, visões de mundo e identidades culturais (COSTA, SILVEIRA, SOMMER, 2003). A cultura compreende uma rede de práticas e representações como textos, imagens, conversas, códigos de comportamento que influenciam aspectos da vida social, sendo assim, os Estudos Culturais enfatizam as questões ou os problemas em circulação entre vários meios de comunicação (FROW, MORRIS, 2006). A perspectiva pós-moderna propõe uma analítica externa aos conceitos da racionalidade moderna, desconfiando das verdades da modernidade (KRUSE, 2003).

O contexto da pesquisa é a literatura sobre cuidados paliativos. O *corpus* de análise (APÊNDICE A) é composto por seis livros e um manual de cuidados paliativos. Essas publicações foram escolhidas por serem frequentemente referenciadas nos artigos e cursos dos profissionais de saúde e terem ampla circulação em nosso meio.

Ao longo do texto há citações que estão em itálico, essas pertencem ao *corpus* de análise. Faço isso para diferenciá-las das demais citações utilizadas.

Parto do princípio que os discursos dos livros textos são mais consistentes, sólidos e circulam mais entre aqueles que estão se preparando para a vida profissional, como os acadêmicos. São construídos a partir dos discursos das revistas que circulam e exploram o que é básico, apresentando todo o assunto de um modo organizado e estruturado. Relaciono a seguir a lista das publicações:

- **A Caregiver's Guide: a handbook about end-of-life care** de MACMILLAN, K.; PEDEN, J.; HOPKINSON, J.; HYCHA; D., 2004;

- **Cuidados Paliativos Domiciliares: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador** de ALVARENGA, R. E., 2005;
- **Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia** de PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M., 2006;
- **Textbook of Palliative Nursing** de FERRELL, B. R.; COYLE, N., 2006;
- **Manual de Cuidados Paliativos** da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009;
- **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer** de SANTOS, F.S., 2009;
- **Nurse to nurse: Cuidados Paliativos em enfermagem** de CAMPBELL, M. L., 2011.

A coleta dos dados foi realizada a partir da leitura interessada dos livros textos para avaliar “aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (VEIGA-NETO, FISCHER, 2004, p.17). Considerando que este é um estudo de referencial pós-estruturalista, esta seleção é tida como uma hipótese de leitura realizada pela autora que seleciona fragmentos que, a seu ver, são importantes para o trabalho.

Primeiramente transcrevi trechos dos livros textos que julguei importante para a pesquisa em um instrumento (APÊNDICE B). Posteriormente analisei os dados em busca de segmentos significativos, ou seja, discursos que atendiam aos objetivos do estudo, o que possibilitou a organização de duas categorias de assuntos.

Optei por fazer a leitura de livros textos entendendo-os como dispositivos que produzem identidades e veiculam os discursos tidos como verdadeiros. Para tanto, me apoio no referencial filosófico de Michel Foucault, que se destaca por pensar de outra forma processos que são muitas vezes naturalizados, possibilitando construir outras formas de pensar. Desta forma, utilizo seu entendimento acerca de discurso e poder, bem como seus deslocamentos governo¹ e biopoder. Foucault concebia seus livros como uma “caixa de ferramentas”, na qual os leitores poderiam ir à busca daquela que precisavam para pensar e agir. Para nos aproximarmos da intenção de Foucault, “é útil que estejamos dispostos a questionar a ordem social firmemente estabelecida, a abrir mão de todas as verdades petrificadas” (OKSALA, 2011, p. 7).

Os autores mencionados no texto são referenciados, de acordo com a lei dos direitos autorais de número 9.610 de 19/02/1998 (BRASIL, 1998), e com as normas de citação da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT, 2002). Este estudo foi aprovado pela

¹ Embora nos textos do Foucault seja utilizada a expressão governo, optei por utilizar o termo governo, de acordo com Veiga-Neto (2000) e Bujes (2001), para que não se entenda a palavra governo como uma “instância de controle político, como instituição a quem cabe o exercício da autoridade” (p. 89).

Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO).

3 CONHECENDO OS DISCURSOS

O homem é um ser autônomo e racional, produto de formas inconscientes e práticas culturais além de seu controle, sendo formado por uma rede complexa de práticas sociais e fatos históricos (OKSALA, 2011). Os discursos da religião e da espiritualidade são antigos, poderosos e produtivos e fornecem significado para situações que não podem ser explicadas pela racionalidade. Tais discursos parecem ter força significativa que afeta a saúde, os cuidados e a cura (ROSELLÓ, 2009).

De acordo com Botton (2011), devemos reconhecer que inventamos a religião para servir a necessidades centrais, que existem até hoje:

primeiro, a necessidade de viver juntos em comunidades e em harmonia apesar dos nossos impulsos egoístas e violentos profundamente enraizados. E, segundo, a necessidade de lidar com aterrorizantes graus de dor, que surgem da nossa vulnerabilidade ao fracasso profissional, a relacionamentos problemáticos, à morte de entes queridos e a nossa decadência e morte (p. 12).

Assim, a tarefa essencial da máquina pedagógica cristã tem sido “cultivar, tranquilizar, confortar e guiar nossas almas” (BOTTON, 2011, p. 97). Penso que a literatura que se ocupa dos Cuidados Paliativos também se propõe guiar as almas daqueles que cuidam de pacientes no final da vida. Para apresentar alguns desses modos de conduzir utilizo os conceitos de Foucault que mostram como determinadas verdades sobre a religiosidade e a espiritualidade são ditas e escritas, compondo, dessa forma, discursos que formam um campo de saber sobre tal assunto e um regime de práticas que é ensinado aos profissionais de saúde e aos pacientes. Os livros textos que trazem este assunto produzem sujeitos e subjetividades, ensinando modos de ser e de fazer, influenciando pacientes e profissionais da saúde.

Os discursos científicos produzem verdades que funcionam como a norma [...]. A subjetivação opera por meio da internalização dessas normas. Modificamos nosso comportamento numa incessante tentativa de nos aproximarmos do normal, e nesse processo nos tornamos certo tipo de sujeitos (OKSALA, 2011, p. 75).

Esse sistema de sujeição do discurso dificulta olhar para a espiritualidade e a religiosidade de outras formas, produzindo assim, modos de ser e fazer. Deste modo, tomo discursos como capazes de construir sentidos que tem influência, tanto em nossas ações, como naquilo que pensamos de nós mesmos (KRUSE, 2003).

3.1 Conhecer para governar

Ao término da leitura dos livros textos, percebi que de modo geral, todos apresentam vantagens em ter religião ou espiritualidade. O que não é de surpreender, pois, desde a antiguidade a religiosidade e/ou espiritualidade são mencionadas como fatores positivos na vida de um indivíduo. De acordo com Botton (2011), o objetivo geral e inspirador da religião é “fornecer aconselhamento bem estruturado sobre como conduzir nossa vida” (p. 93).

Os livros apontam que crenças religiosas estão relacionadas com melhor saúde, tanto física como mental e qualidade de vida, assinalando que pessoas religiosas têm menos depressão. Além disso, afirmam que ter religião ou pertencer a um grupo religioso melhora o suporte social e a saúde física, diminuindo gastos com enfermidades. Ressaltam também, que estar apoiado na fé em Deus e no suporte da comunidade religiosa, leva o indivíduo a experimentar maior bem estar, senso de pertencer, ter dignidade e paz, além da certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias. Também destacam o fato de que saber que sua família continuará recebendo suporte espiritual ajuda o enfermo a ter paz e seus familiares encontrarem conforto e força para lidar com essa situação (AITKEN, 2009; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; TAYLOR, 2006).

Outros livros relatam que muitos indivíduos têm na religião a ajuda para entender o sofrimento, a significação e a incerteza de sua vida. O bem estar espiritual está associado com menores índices de depressão, desespero, ideação suicida, desejo de morte prematura e desesperança em pacientes terminais (SAPORETTI, SILVA, 2009; TAYLOR, 2006).

Além disso, *“parece que o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável e a um sistema imunológico mais eficaz”* (SAPORETTI, 2009, p. 270). Estudos demonstram que o *“estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde”* e alguns estudiosos colocam a atenção aos aspectos espirituais em Cuidados Paliativos como *“maior indicador de boa assistência ao paciente no final da vida”* (SAPORETTI, 2009, p. 270).

Os Cuidados Paliativos reconhecem

que as “curas espirituais e emocionais” podem ocorrer mesmo quando a física e/ou a recuperação se tornam impossíveis. Muitas pessoas gravemente enfermas ou em fase terminal falam sobre terem descoberto uma riqueza e o preenchimento do vazio de sua vida, que elas nunca haviam encontrado antes (AITKEN, 2009, p. 240).

Nos textos acima podemos perceber o governo dos indivíduos através da religião e da espiritualidade. O governmentamento é uma forma de conduzir condutas, dos outros e de si mesmo. Governar envolve oferecer motivos pelos quais os sujeitos governados deveriam fazer o que lhes é dito (OKSALA, 2011). E isso é perceptível nos livros analisados, quando afirmam que quem tem religião/espiritualidade terá uma vida com melhor qualidade e menos problemas físicos e mentais.

No contexto do Estado Moderno, governar assumiu a forma de governmentamento de uma população. Ao invés de controlar o território e seus habitantes, as formas de governo tiveram por finalidade administrar uma população, que será objeto de análise estatística e conhecimento científico. Sendo assim, para governá-la são necessárias formas de conhecimento específicas, tais como: taxa de mortalidade, nascimento, expectativa de vida, entre outras. A partir disso, a população e o seu bem-estar formam um campo de intervenção das técnicas governamentais, objetivo final da racionalidade governamental. Sendo assim, a governamentalidade assinala o desenvolvimento dessa forma de poder que tem como foco a população (OKSALA, 2011). Segundo Foucault (2008b), a governamentalidade é entendida como o “conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa de poder que tem por alvo principal a população” (p. 143).

No final do século XVIII, surge a ideia de que o Estado deve cuidar da saúde da população. Esta política do Estado moderno é chamada por Foucault de biopolítica. A saúde, a longevidade e o bem estar físico da população em geral passam a ser um dos objetivos do poder político. Os processos de natalidade, mortalidade e longevidade foram os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle desta biopolítica. Há a introdução de uma medicina que a partir deste século terá a função maior de higiene pública, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (FOUCAULT, 2005b). A biopolítica “lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (FOUCAULT, 2005b, p. 293).

Essa tecnologia de poder, a biopolítica, vai implantar mecanismos de previsões, de estimativas estatísticas e de medidas globais, intervindo nos fenômenos gerais, ou seja, surgem estimativas demográficas, cálculo de taxas e comparações. O resultado é a crescente intervenção do Estado na vida das pessoas, nos mais diversos aspectos, tais como: saúde e sexualidade. Trata-se de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer a homeostase, ou seja, instalar

mecanismos de previdência em torno desta população (FOUCAULT, 2005b). A biopolítica não é centrada no corpo, mas na vida, é uma

tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios da população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo o caso compensar seus efeitos (FOUCAULT, 2005b, p. 297).

Um dos excertos selecionados afirma de modo enfático e autoritário a importância da religiosidade e da espiritualidade, utilizando a linguagem matemática para ressaltar a relevância das informações.

Não há mais dúvida quanto à importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado dos pacientes, embora ainda haja muitos questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e quanto à em que consiste o bom “cuidado espiritual”. Noventa e cinco por cento dos americanos creem em alguma força superior e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões se ficassem gravemente enfermos. No Brasil, a maioria da população apresenta crenças religiosas-espirituais e as considera uma questão muito importante. Entre os idosos, a quase totalidade acredita em Deus e 95% consideram a religião importante. Estudos com pacientes internados demonstram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos e 48%, que seus médicos rezassem com eles. Contraditoriamente, a maior parte dos pacientes disse que seus médicos jamais abordaram o tema. Parece que o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável e a um sistema imunológico mais eficaz. Outros estudos também demonstram que o estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde. A atenção aos aspectos espirituais em Cuidados Paliativos tem tanta relevância, que alguns autores ousam colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente no final da vida (SAPORETTI, SILVA, 2009, p. 309, grifos meus).

Nota-se o uso da linguagem matemática neste excerto, bem como o uso de uma linguagem enfática que aponta que “não há mais dúvida” quanto à importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado, embasada em determinadas estatísticas. A estatística é um conhecimento científico indispensável para um bom governo, pois através da quantificação pode-se esquadrihar e ordenar a vida da população, situando aqueles que necessitam de intervenção. O excerto também faz uma comparação ao relatar que 77% dos pacientes gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos, mas que a maior parte dos pacientes afirma que seus médicos jamais abordaram o tema. Deste modo, há a comparação de informações para identificar as prioridades e necessidades destes pacientes. A comparação é uma técnica atrelada ao saber estatístico como tecnologia para governar, já

que para conduzir, regular e normalizar uma população há a necessidade de se produzir registros sobre ela, que possibilitem acompanhar e avaliar intervenções. Através da quantificação de suas características pode-se extrair saberes de modo a se tornar uma população governável (TRAVERSINI, BELLO, 2009).

A biopolítica foca na vida saudável das pessoas, investe na população. Sendo assim, a religiosidade e a espiritualidade são úteis, na medida em que influenciam o modo de ser e de agir, o que é destacado também por Santos (2009), quando afirma que a espiritualidade e a religiosidade estão associadas com melhor qualidade de vida, mais longevidade e menos doença física e mental. Essas

[...] associações podem ser explicadas por outras variáveis já reconhecidamente impactantes no modus operandi da saúde, como menor consumo de álcool, tabaco e carne vermelha, maior apoio social, prática de exercícios, entre outros. Entretanto, tem-se reconhecido que mesmo esses fatores ou estilos de vida são, na maioria das vezes, influenciados por diretrizes religioso-espirituais (SANTOS, 2009, p. 375).

Diferentemente da teoria clássica da soberania, onde o direito de vida e de morte era um dos atributos principais e o soberano tinha o poder de “fazer morrer” ou “deixar viver”, a tecnologia do biopoder, ou seja, o poder sobre a população, consiste em “fazer viver e em deixar morrer” (FOUCAULT, 2005b, p. 294). Desta forma, a religião e a espiritualidade são estratégias biopolíticas, que enquanto governam condutas servem como instrumento para melhorar a saúde da população, sendo assim utilitárias, estratégicas e produtivas.

Os livros também se utilizam de bases científicas e pesquisas para convencer os leitores ao dizerem que: *“[...] milhares de artigos vêm sendo publicados em revistas médicas de todas as áreas da medicina, mostrando, na sua maioria, uma associação positiva entre práticas espirituais e saúde, seja ela física, seja mental”* (SANTOS, 2009, p. 374). Em outro excerto, o autor afirma que:

há crescentes evidências empíricas que sugerem que as pessoas com doenças terminais consideram a espiritualidade como uma das contribuições mais importantes para a qualidade de vida. Por exemplo, dois estudos mensurando vários domínios de qualidade de vida encontraram no bem estar espiritual a classificação mais alta em amostras de pacientes de cuidados paliativos (TAYLOR, 2006, p. 582).²

Além disso, há explicações fisiológicas e científicas para esclarecer a relação da espiritualidade e da religiosidade com a melhor qualidade de vida. Santos (2009) afirma que a

² Tradução da autora

associação entre espiritualidade/religiosidade e saúde pode ser entendida por vários caminhos biocomportamentais e

a hipótese hoje mais aceita pela comunidade científica é que a espiritualidade atue, através dos neurotransmissores, em três sistemas: cardiovascular, endócrino e imunológico. Por intermédio dos sistemas nervosos simpático e parassimpático, a prática da espiritualidade agiria diminuindo a frequência cardíaca e a pressão sanguínea, favoreceria a diminuição da produção de cortisol, melhor vigilância e função das células de defesa (SANTOS, 2009, p. 375).

Nota-se aqui a abordagem das questões fisiológicas relacionadas à espiritualidade para reforçar a ideia de que quem possui espiritualidade/religiosidade tem uma vida com mais saúde e qualidade de vida. Além disso, pode-se perceber que os autores destes discursos são indivíduos tidos como importantes pessoas do meio científico, detentores de saber sobre o assunto. Para Foucault (1996), o que o sujeito que está em um lugar de poder diz se torna um saber confiável destacando que existem sujeitos que têm a permissão de falar sobre determinados assuntos, os denominados “experts”. O autor afirma que

sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa. [...] Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar (p. 9-10).

O discurso é saber e é poder. O poder circula, é relacional e funciona em cadeias, o poder dita a verdade (THIRY-CHERQUES, 2010). De um modo geral, percebe-se que o discurso religioso se associa ao discurso dos profissionais de saúde, formando uma rede da qual é difícil de escapar. Os textos produzem verdades através de números que nos subjetivam e governam, de modo a ser e agir de uma determinada maneira.

Em dois livros analisados encontramos um tópico sobre as dimensões do ser humano (SAPORETTI, 2009; SAPORETTI, SILVA, 2009). Estes livros relatam que diante do desafio de cuidar de pacientes em final de vida, nossa compressão do ser humano deve ser expandida para além da dimensão biológica. Produzem a figura abaixo para nos incitar a visualização de

diferentes facetas do homem de uma forma considerada didática. O desenho tem a pretensão de mostrar as dimensões do ser humano e sua relação com o espiritual.

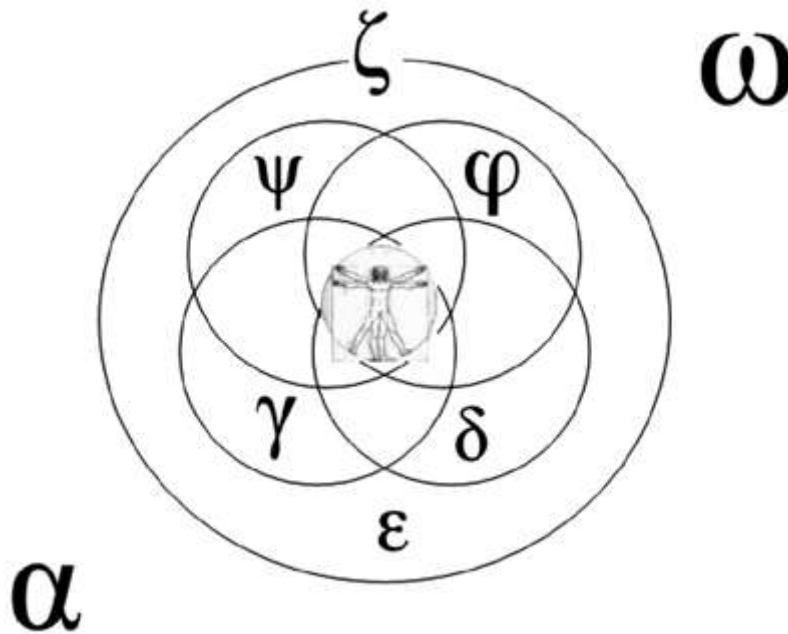


Figura 1: Dimensões do ser humano: φ física, ψ psíquica, γ familiar-financeira, δ sociocultural, ε existencial, ζ espiritual e αω transcendente.

Fonte: SAPORETTI, SILVA, 2009, p. 310.

Nota-se que o autor utiliza uma figura para ilustrar e facilitar o entendimento do que está sendo dito. Ele coloca a imagem do ser humano no centro do círculo e partir disso faz outros círculos para mostrar todas as dimensões do ser humano e como estas interagem umas com as outras. Utilizar figuras é uma estratégia utilizada para persuadir os leitores. Através de imagens somos subjetivados e passamos a entrar na ordem discursiva. De acordo com Baumam (2008),

[...] tendemos a acreditar muito mais no que vemos do que no que ouvimos. [...] As imagens são muito mais “reais” do que palavras impressas ou faladas. As histórias que contam ocultam quem as conta [...] Quando confrontados com uma imagem fotograficamente/eletronicamente obtida, nada parece erguer-se entre nós e a realidade; nada que possa capturar ou distrair nosso olhar. “Ver para crer” significa “eu vou crer quando vir”, mas também “no que eu vir acreditarei” (p. 29-30).

Segundo Saporetti (2009) e Saporetti; Silva (2009), a dimensão física representa nossa biologia, nosso corpo e os sofrimentos a ele relacionados, como dor, depressão, ansiedade,

etc. Na dimensão psíquica encontram-se nossos medos, raivas, mágoas, alegrias e tristezas, que tem suas particularidades no paciente terminal. Na dimensão social-cultural encontra-se nossa etnia, nacionalidade, religião, escolaridade, classe social e os sofrimentos particulares de cada uma. Na esfera familiar-financeira, a família seria o núcleo de subsistência do paciente, relacionando-se com a questão financeira e suas atribuições. Já a dimensão existencial engloba todas as outras, oferecendo significado e questionamentos a cada uma delas. Por fim, a dimensão espiritual abrange a relação do ser humano com o transcendente, sendo necessário diferenciá-la das questões existenciais e religiosas. O transcendente pode ser Deus, a natureza, o sobrenatural ou o sagrado.

O texto destaca que o sofrimento humano pode nascer em qualquer uma das dimensões citadas e é integrado pelo significado e sentido associado a ele. O sofrimento espiritual se caracteriza pela perda de sentido e de identidade, e do prazer de viver seguido, muitas vezes, pelo desejo de abreviar a vida (SAPORETTI, 2009; SAPORETTI, SILVA, 2009). Devido a isso, é importante conhecer as relações humanas do paciente, e é particularmente necessário conhecer as atividades profissionais e convicções de ordem metafísica e religiosa do indivíduo, pois tudo isso compõe material indispensável para a realização adequada do cuidar (ROSELLÓ, 2009).

Para Roselló (2009), o cuidado de pessoas em fase terminal é uma questão que inclui muitos elementos: somático, biológico, psicológico, social e econômico. Além desses elementos, devemos contemplar a perspectiva espiritual, pois o paciente que sofre de uma doença terminal pode solicitar este tipo de ajuda, e é necessário ajudá-lo de forma adequada. Ela afirma ainda que

um dos objetivos do cuidador deveria ser procurar compreender o que é o cuidar e a saúde em diferentes culturas, porque os valores, as crenças e os modos de vida de cada cultura proporcionam uma base sobre a qual se pode planejar e executar de forma eficaz os cuidados específicos naquela cultura (p. 14).

Percebe-se nos textos acima, a importância que os profissionais dão ao conhecimento das dimensões e facetas do ser humano, pois através delas saberemos como governar o paciente, uma vez que para poder governar é necessário conhecer a população com a qual está se lidando. Segundo Lockmann (2010) esse olhar científico lançado sobre os sujeitos tem por finalidade esmiuçar e categorizar suas características e condutas, com a finalidade de torná-los passíveis de ação governamental, sendo dessa forma, constituídos como uma população governável.

De acordo com Santos (2009), dentre as razões para abordamos a espiritualidade na prática clínica, encontram-se:

*muitos pacientes são religiosos e gostariam de abordar isso nos cuidados de saúde; muitos pacientes têm necessidades espirituais relacionadas com doenças que poderiam afetar sua saúde mental, mas elas não são atendidas; pacientes, particularmente quando hospitalizados, quase sempre são isolados de suas comunidades religiosas; crenças religiosas afetam decisões médicas, e podem conflitar com tratamentos; as religiões influenciam cuidados de saúde na comunidade; a **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, uma entidade internacional de acreditação de hospitais, tem como um dos pré-requisitos para dar o certificado de qualidade a exigência de abordar espiritualidade** (p. 377 – 378, grifo meu).*

Neste excerto notamos um item bastante interessante e atual, que destaca a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Atualmente vários hospitais estão realizando mudanças no modo de cuidar do paciente e gerenciar o cuidado do mesmo para obter essa certificação internacional. Essa certificação é fornecida aos hospitais que cumprirem uma série de critérios e particularidades cujo objetivo é fornecer o cuidado mais seguro e de melhor qualidade ao paciente. Nota-se que o autor coloca a abordagem da espiritualidade com o paciente como pré-requisito dessa comissão, dando a entender que é necessário abordar a espiritualidade também porque a comissão exige e não somente porque é bom ou necessário para o paciente. E mais uma vez percebe-se que os autores reforçam suas ideias utilizando entidades reconhecidas para reforçar seu discurso, já que tal comissão é considerada expert no cuidado a pacientes hospitalizados.

Os autores apontam a importância dada às crenças religiosas afirmando que elas influenciam as decisões dos pacientes sobre seu tratamento, bem como à

dieta, cooperação com o tratamento médico, quimioterapia ou radioterapia, aceitar transfusão de sangue, vacina das crianças, cuidados pré-natal, tomar antibióticos e medicamentos, mudança do estilo de vida, aceitar o encaminhamento a um psicólogo ou psiquiatra, bem como retornar à consulta médica (SANTOS, 2009, p. 378).

Percebe-se nestes excertos que os autores apontam razões para se abordar a espiritualidade/religiosidade, justificando a relevância destas no tratamento dos pacientes. Os discursos que circulam encontram no poder as suas condições de existir (FERREIRA, TRAVERSINI, 2012), essas falas são pronunciadas por entendedores do assunto e produzem efeitos de verdade sobre a abordagem da religião/espiritualidade com pacientes.

Os livros relatam que o profissional deve colher uma história espiritual do paciente antes de começar a apoiá-lo nas suas necessidades espirituais. Alguns passos devem ser tomados antes de se obter uma história espiritual. Assim,

profissionais da saúde deveriam colher uma história espiritual de todos os pacientes com doenças sérias, crônicas e quando da perda de pessoas amadas; o médico deveria tirar a história espiritual; na ausência ou desinteresse deste, outro profissional poderia fazê-lo; uma explicação breve deveria preceder a história espiritual; informação que precisa ser obtida durante a história espiritual, centralizada nas crenças do paciente; o objetivo é entender essas crenças e qual a sua participação na saúde e na doença, sem julgamento ou tentativa de modificar a existência ou falta delas; informação da história espiritual deveria ser documentada no prontuário para acesso de outros profissionais; referência para o capelão ou outro líder religioso, se necessidades forem identificadas (SANTOS, 2009, p. 378).

Os melhores momentos para colher a história espiritual do paciente seriam:

durante a coleta da anamnese de um paciente novo; de pacientes com doenças crônicas e graves, bem como quando houver morte e o luto estiver presente; quando o paciente for ao hospital por um problema novo ou exacerbação de uma condição antiga; na admissão em uma casa de repouso ou instituição de longa permanência, bem como em hospice; durante um check-up para manutenção da saúde; quando decisões médicas precisarem ser feitas e puderem afetar as crenças religiosas/espirituais do paciente (SANTOS, 2009, p. 381).

Saporetti e Silva (2009) relatam que as questões espirituais e religiosas dos pacientes devem ser abordadas no início do acompanhamento para que medidas necessárias sejam tomadas a fim de resolver questões tanto do paciente como de sua família. Sendo assim,

a equipe deve ter como objetivo, no domínio religioso, que o paciente esteja em paz com o Criador, receba o perdão Dele e os ritos adequados da sua tradição durante e após a morte. Do ponto de vista espiritual devem-se buscar o sentimento de continuidade/transcendência, a síntese de sabedoria e a percepção do legado espiritual (SAPORETTI, SILVA, p. 311).

Os mesmos autores afirmam ainda que durante a anamnese religiosa/espiritual devem ser abordados “*possíveis conflitos com o Criador, religiosos, familiares, pendências com relação a ritos, sacramentos, obrigações e promessas, perda do significado maior da existência*” (SAPORETTI, SILVA, 2009, p. 311).

Nestes excertos é enfatizada a questão da história espiritual, como deve ser abordada e em que momentos ela deve ser feita, listando itens para os quais a equipe deve estar atenta. Através disso, se pretende conhecer o máximo possível esse paciente para que se possa

governá-lo. A população se constitui como o objeto final do governo, pois se governa para “[...] melhorar a saúde das populações, aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde” (FOUCAULT, 2008b, p. 140).

Os livros referem vários métodos para realizar a avaliação espiritual do paciente. Puchalski, Romer e Maugans sugerem uma abordagem inicial através das siglas FICA e SPIRIT (Quadro 1 e 2) (CAMPBELL, 2011; SAPORETTI, 2009; SAPORRETI, SILVA, 2009; TAYLOR, 2006).

<i>Faith (Fé)</i>	<i>Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido a sua vida?</i>
<i>Importance (Importância)</i>	<i>A fé é importante em sua vida? Quanto?</i>
<i>Community (Comunidade)</i>	<i>Você participa de alguma igreja ou comunidade espiritual?</i>
<i>Address (Abordagem)</i>	<i>Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?</i>

Quadro 1: FICA

Fonte: CAMPBELL, 2011, p. 52; SAPORETTI, 2009, p. 273; SAPORRETI, SILVA, 2009, p. 310; TAYLOR, 2006, p. 584.

<i>Spiritual belief system (Afiliação religiosa)</i>	<i>Qual é sua religião?</i>
<i>Personal spirituality (espiritualidade pessoal)</i>	<i>Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.</i>
<i>Integration within spiritual community (Integração em comunidades espirituais ou religiosas)</i>	<i>Você pertence a alguma igreja, templo ou outra forma de comunidade espiritual? Qual é a importância que você dá a isso?</i>
<i>Ritualized practices and restrictions (Rituais e restrições)</i>	<i>Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual (exemplo: meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessas práticas?</i>
<i>Implications for medical care (Implicações médicas)</i>	<i>Qual desses aspectos espiritual-religiosos você gostaria que eu estivesse atento?</i>
<i>Terminal events planning (Planejamento do fim)</i>	<i>No planejamento do final da sua vida, como sua fé interfere nas suas decisões?</i>

Quadro 2: SPIRIT

Fonte: SAPORETTI, 2009, p. 273; SAPORRETI, SILVA, 2009, p. 310; TAYLOR, 2006, p. 584.

Koenig também criou uma escala de fácil memorização e aplicação (Quadro 3):

CS	<i>As suas <u>c</u>renças religiosas/espirituais oferecem conforto ou são fontes de <u>e</u>stresse?</i>
I	<i>Você tem crenças espirituais que podem <u>i</u>nfluenciar suas decisões médicas?</i>
MEM	<i>Você é <u>m</u>embro de uma comunidade espiritual ou religiosa, e ela oferece apoio? <u>Q</u>uais?</i>
O	<i>Tem <u>o</u>utras necessidades espirituais e gostaria que alguém as atendesse?</i>

Quadro 3: CSI-MEMO

Fonte: SANTOS, 2009, p. 379.

Também é citada a escala HOPE, criada por Anandarajah e Hight (Quadro 4):

H <i>Source of hope (fonte de esperança)</i>	<i>O que ou quem é que lhe dá esperança?</i>
O <i>Organized religion (organização religiosa)</i>	<i>Você faz parte de um grupo de fé? O que é que este grupo faz por você como pessoa?</i>
P <i>Personal spirituality or spiritual practices (espiritualidade pessoal ou práticas espirituais)</i>	<i>Que práticas espirituais pessoais, como oração ou meditação, ajudam você?</i>
E <i>Effects on medical care and/or end-of-life issues (efeitos sobre a assistência médica e/ou questões do final da vida)</i>	<i>Você tem crenças que podem afetar o modo como a equipe de cuidadores de saúde cuida de você?</i>

Quadro 4: HOPE

Fonte: TAYLOR, 2006, p. 585.

Os instrumentos mostrados acima servem para guiar o cuidado ao paciente, de acordo com seus autores. Porém percebemos que todos possuem praticamente a mesma abordagem. No geral, eles orientam que os profissionais perguntem aos pacientes se estes possuem fé ou espiritualidade, quais suas práticas religiosas/espirituais e como a fé/religião influenciam o modo de enfrentar o final da vida. Ou seja, parte-se do princípio que todos são iguais e que todos têm as mesmas necessidades. Trata-se de um instrumento que pretende normalizar os pacientes e os profissionais e constituí-los de uma determinada forma.

Esses instrumentos pretendem normalizar corpos e atitudes, produzindo determinados modos de pensar e agir que não permitem a vida/morte fora da fé, da religiosidade e espiritualidade. Dessa forma, instituem um regime de verdades que produz certo tipo de profissional e de paciente (NIEMEYER, SILVA, KRUSE, 2010).

Entretanto, há outra abordagem, proposta por Lo e colegas, que é mais geral, e sugere as seguintes questões:

A fé/religião/espiritualidade é importante para você nesta doença? A fé vem sendo importante para você em outras ocasiões da sua vida? Você tem alguém para conversar sobre problemas religiosos? Você gostaria de explorar problemas religiosos com alguém? (TAYLOR, 2006, p. 585).³

Matthews e colegas relatam que para ter uma visão ainda mais simplificada da avaliação espiritual, podem-se ser feitas as seguintes questões: “*Sua religião (ou fé) é útil para você manejar sua doença?*” e “*O que eu posso fazer para apoiar seu compromisso religioso ou fé?*” (TAYLOR, 2006, p. 586).⁴

Taylor (2006) relata que Shelley identificou três fundamentais necessidades espirituais que devem guiar a enfermeira que realiza a avaliação espiritual. Essas necessidades são: “*ser*

³ Tradução da autora

⁴ Tradução da autora

amado e dar amor em troca; experimentar o perdão e estender isso aos outros; encontrar o significado e propósito na vida e esperança para o futuro” (p. 586).⁵

Este autor também traz um exemplo de autoavaliação espiritual, que pode ser utilizado com os pacientes (Quadro 5).

<i>Autoavaliação espiritual</i>
<i>Muitas vezes quando as pessoas enfrentam desafios de saúde, eles se tornam mais conscientes de sua espiritualidade. Para alguns, caminhos espirituais de pensar ou viver são especialmente úteis quando surgem preocupações com saúde. Para outros, surgem questões espirituais ou dúvidas.</i>
<i>Este formulário irá orientá-lo a pensar sobre assuntos espirituais. Depois de completá-lo, você pode escolher mantê-lo ou dar a sua enfermeira, que pode compartilhar com outros profissionais da saúde que estarão cuidando de você.</i>
<i>NOME:</i>
<i>NÚMERO DO QUARTO:</i>
<i>Marque um “X” na linha que mostra a resposta que descreve melhor seus sentimentos.</i>
<i>Recentemente, meu espírito tem sido...</i>
<i><input type="checkbox"/> terrível <input type="checkbox"/> deprimido <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> ótimo</i>
<i>Em geral, eu me vejo como...</i>
<i><input type="checkbox"/> nada espiritual <input type="checkbox"/> um pouco espiritual <input type="checkbox"/> um tanto espiritual <input type="checkbox"/> bastante espiritual <input type="checkbox"/> muito espiritual</i>
<i>Em geral, eu me vejo como...</i>
<i><input type="checkbox"/> nada religioso <input type="checkbox"/> um pouco religioso <input type="checkbox"/> um tanto religioso <input type="checkbox"/> bastante religioso <input type="checkbox"/> muito religioso</i>
<i>O que a enfermeira pode fazer para ajudar a nutrir ou impulsionar seu espírito? (verificar todos os que se aplicam)</i>
<i><input type="checkbox"/> passar um tempo em silêncio com você</i>
<i><input type="checkbox"/> orar com você</i>
<i><input type="checkbox"/> ajudá-lo a meditar</i>
<i><input type="checkbox"/> dar tempo e espaço para sua oração ou meditação particular</i>
<i><input type="checkbox"/> que você saiba que a enfermeira está orando em particular para você</i>
<i><input type="checkbox"/> ler literatura espiritual útil para você</i>
<i><input type="checkbox"/> trazer arte ou música para nutrir seu espírito</i>
<i><input type="checkbox"/> trazer literatura que você sente ser espiritualmente útil</i>
<i><input type="checkbox"/> ajudar você a permanecer conectado com sua comunidade espiritual</i>
<i><input type="checkbox"/> ajudar você a observar práticas religiosas</i>
<i><input type="checkbox"/> ouvir seu pensamentos sobre certos problemas espirituais</i>
<i><input type="checkbox"/> ajudar você a lembrar como você cresceu frente a experiências de vida anteriores difíceis</i>
<i><input type="checkbox"/> ajudar você a contar sua história de vida</i>

⁵ Tradução da autora

__ ajudar você a enfrentar questões dolorosas, dúvidas, ou sofrimento

__ apenas ficar com você, não sendo necessário falar

__ apenas mostrar interesse genuíno e pessoal em você

Eu também gostaria de ajudar a impulsionar meu espírito a partir de:

__ meus amigos e família

__ outros profissionais de saúde

__ meu próprio sacerdote ou mentor espiritual

__ outro sacerdote ou líder espiritual

__ o capelão desta instituição

O que você gostaria que sua enfermeira conhecesse sobre suas crenças e práticas de oração e meditação?

Que literatura, arte, ou música nutrem seu espírito?

Como a enfermeira pode auxiliar você com práticas religiosas ou companhia?

Sobre quais problemas espirituais você mais gostaria de falar?

De que outras formas a enfermeira pode ajudar você a encorajar seu espírito?

Se houver alguém em especial que você gostaria de se encontrar para uma companhia espiritual, por favor declare. Ou se houver alguém que você gostaria que nós contatássemos para você, por favor compartilhe informações de contato que você saiba:

Quadro 5 – Autoavaliação espiritual⁶

Fonte: TAYLOR, 2006, p. 587.

Caso o paciente não seja religioso podemos abordar o significado existencial através dos seguintes itens:

Como o paciente está lidando com a doença? O que dá significado ou propósito na atual situação de doença? O que ou quais crenças culturais são usadas e que podem influenciar o tratamento? Quais são os recursos sociais disponíveis para apoiá-lo em casa ou no hospital?(SANTOS, 2009, p. 380).

Como podemos perceber, existem diversas maneiras para abordarmos a religiosidade/espiritualidade com o paciente. Os textos mostram vários métodos para essa abordagem, utilizam desde instrumentos de fácil memorização e aplicação, abordagens gerais, avaliações simplificadas até a autoavaliação do paciente. E para quem não tem religião/espiritualidade, existem perguntas que devem ser feitas, pois o assunto deve ser abordado. Todos devem estar incluídos, mesmo que apresentem condições diferenciadas de jogo, ou seja, ninguém pode ficar fora das redes de poder (LOCKMANN, 2010).

⁶ Tradução da autora

Trazer pacientes terminais a uma unidade de Cuidados Paliativos possibilitou conhecer indivíduos que antes eram afastados, segregados e muitas vezes, excluídos do convívio social. Ao incluir esses indivíduos, eles se tornam observáveis, explicáveis e governáveis. Tal inclusão, além de aproximar os sujeitos, desenvolve saberes sobre essa população para saber onde intervir, de modo a governá-los (LOCKMANN, 2010).

Taylor (2006) cita que *“as enfermeiras estão na posição de linha de frente, no papel de coordenação, tem intimidade com as preocupações dos pacientes, tem a perspectiva holística do cuidado”* (p. 582). Sendo assim, as enfermeiras *“são os profissionais ideais para realizar a avaliação espiritual”* (p. 582).⁷ Ele ainda relata a importância de documentar a avaliação espiritual, pois através dela, poderá ser efetuada a continuidade do atendimento ao paciente pelos membros da equipe, e utilização de dados para fins de acreditação, de pesquisas e de gestão de qualidade (TAYLOR, 2006). Aqui, nota-se, mais uma vez, a inclusão dos organismos de acreditação. O texto afirma que devemos documentar a avaliação espiritual também por causa dos organismos de acreditação e não somente para fornecer o melhor cuidado ao paciente, além de fornecer informações para pesquisas e verificação da qualidade.

Os livros relatam que, como no Brasil há muitas religiões e crenças, é frequente uma discordância de convicções religiosas entre o paciente, familiares e profissionais de saúde. A falta de conhecimento dos profissionais a respeito desse tema banaliza a experiência dos pacientes terminais e impede um atendimento adequado (SAPORETTI, 2009). É difícil conhecer todas as crenças existentes, mas apesar disso o enfermeiro não pode fazer suposições estereotipadas (CAMPBELL, 2011). Dois livros analisados (CAMPBELL, 2011; SAPORTTI, SILVA, 2009) trazem explicações sobre os ritos mortuários do cristianismo, budismo, espiritismo, judaísmo, islamismo, hinduísmo, e tradições afro-brasileiras. Ter conhecimento sobre diferentes religiões é útil ao profissional de saúde, pois através deste conhecimento ele pode governar as atitudes e comportamentos dos pacientes.

De acordo com Campbell (2011), não devemos fazer suposições a respeito de crenças e costumes, e se não temos conhecimento, devemos perguntar. Ela indica algumas sugestões para a comunicação: *“Existe algum ritual ou costume de sua família que eu precise conhecer? Sua mãe está com um rosário. Ela é católica? Será que ela deseja receber a Unção dos Enfermos? Percebi que você está com uma Bíblia. Você quer que nosso capelão venha fazer uma oração?”* (p. 137). Assim, são ensinadas estratégias para escrutinar detalhes da vida pessoal dos pacientes que ajudariam a melhor cuidar.

⁷ Tradução da autora

Alvarenga (2005) relata que é provável que, na prestação dos cuidados, os profissionais se defrontem com situações que geram conflitos de valores e crenças. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de medidas de proteção que sustentem a prática ética para a preservação da integridade profissional.

Saporetto e Silva (2009) e Campbell (2011) lembram que os profissionais de saúde devem ser treinados para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais. Os valores do profissional não podem ser impostos aos pacientes, eles devem respeitar e incentivar a participação do paciente e seus familiares em sua própria espiritualidade. Forte (2009) afirma que nessas conversas, o fundamental é saber ouvir e respeitar os valores do paciente e as possíveis diferenças religiosas ou espirituais que existam entre o profissional de saúde e o paciente. Nestes textos percebemos o governo e o disciplinamento sobre os profissionais de saúde, que devem se comportar de determinada forma.

O cuidado espiritual exige a avaliação e monitorização de diversos aspectos da vida do paciente e sua família, podendo incluir revisão da vida, significados, culpa, perdão, medos, e crenças na vida após a morte. Este cuidado

valoriza a singularidade de cada indivíduo. Reconhece e respeita as crenças, os valores, as práticas e os rituais de cada um, estando totalmente aberta a reformulação, revelação e experimentação. Aborda as questões do fim da vida de uma forma coerente com os valores culturais e religiosos e espirituais do doente terminal. Os pacientes e seus familiares são incentivados a exibir seus símbolos espirituais e religiosos e devem ser capazes de praticar seus próprios rituais espirituais e religiosos em uma atmosfera de aceitação. O uso de símbolos religiosos por funcionário e pelas instituições deve ser sensível a diversidade cultural e religiosa (CAMPBELL, 2011, p. 230).

Os livros analisados relatam a importância de se realizar uma avaliação espiritual adequada no paciente, pois

[...] identificar necessidades espirituais pode reforçar a habilidade do paciente em lidar melhor com a doença, melhorar a relação paciente-profissional, fortalecer a adesão e a crença no tratamento, aumentar o apoio e a monitoração na comunidade; portanto, melhorando o aumento da satisfação com o cuidado e acelerando a recuperação da doença (SANTOS, 2009, p. 382).

Além disso, “o sofrimento espiritual pode externar ou aumentar a intensidade dos sintomas físicos. Ocorre quando o indivíduo é confrontado com os desafios que ameaçam suas crenças, seus significados ou propósitos” (CAMPBELL, 2011, p. 230).

De acordo com a filosofia dos Cuidados Paliativos, o processo de morrer passou a ser discutido entre o paciente, os familiares e os profissionais, gerando assim, uma forma diferente de administrar a terminalidade do indivíduo e uma nova representação social do morrer. O primeiro aspecto desta morte contemporânea é a consciência do paciente da sua terminalidade. Menezes (2004a) afirma que os profissionais de Cuidados Paliativos esclarecem o quadro clínico ao paciente e seus familiares, ao invés de ocultar a situação. Segundo essa autora os Cuidados Paliativos são responsáveis pela produção de um determinado discurso e de um conjunto de práticas para os pacientes, antes ignorados por uma medicina que buscava cura na doença. O indivíduo fora de possibilidades de cura passa a ser amparado e acompanhado por meio de um maior controle ampliado às áreas psico-social-espiritual do paciente.

De acordo com Fitch (2006) encontrar meios de manter a esperança e encontrar um significado é importante para aqueles que estão próximos da morte. Elias (2006) refere que os pacientes que se encontram neste momento, são portadores de significativo sofrimento relacionado a aspectos psíquicos e espirituais. Por isso, de acordo com Souza et al (2009) deve-se respeitar e resgatar as crenças de cada paciente e de seus familiares, pois de acordo com pesquisas, esse elemento é extremamente importante no processo de enfrentamento e aceitação da morte.

Os textos analisados revelam como ocorre o controle e governo dos indivíduos. Primeiramente devemos conhecê-los, ou seja, devemos esquadrinhá-los e extrair saberes, para que deste modo, possamos governá-los e cuidá-los do melhor modo possível. Nota-se um encadeamento dos discursos, que se apoiam e acabam produzindo as mesmas verdades, com as quais somos subjetivados, fazendo com que pensemos e nos comportemos de determinado modo e não de outro.

Menezes (2004b) afirma que os Cuidados Paliativos surgiram em contrapartida ao crescimento do poder médico e dos hospitais. Contudo, o projeto de humanização do morrer é constituído às custas da dependência de doentes e familiares e de uma rede ampliada de profissionais. No entanto não se trata de uma libertação do aparato médico, mas sim de um aprimoramento e capilarização das suas formas de exercício de controle.

3.2 Produzindo uma boa morte

Para dar início a este assunto cito Alvarenga (2005) que relata que os pacientes terminais possuem determinados direitos. É importante respeitá-los, pois somente assim será mantida uma convivência eficaz durante a terminalidade e a morte do paciente. De acordo com Gomes apud Alvarenga (2005) o paciente tem o direito de

*ser tratado como pessoa humana até morrer; ter esperança, não importa que mudanças possam acontecer; ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança, mesmo que ocorram mudanças; expressar, à sua maneira, sentimentos e emoções diante da morte; participar das decisões referentes aos cuidados e tratamentos; receber cuidados médicos e de enfermagem mesmo que os objetivos de cura assumam o sentido de objetivos de conforto; não morrer sozinho; ser aliviado na dor e no desconforto; ter as questões (formuladas ou sugeridas) respondidas honestamente; não ser enganado; **após aceitar a morte, receber ajuda dos familiares e que estes também sejam ajudados**; morrer em paz e dignidade; conservar a individualidade e não ser julgado por decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais; discutir e aprofundar a religião e/ou experiências religiosas, seja qual for seu significado para os demais; esperar que o corpo humano seja respeitado; ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder às necessidades, além de ajudar a enfrentar a morte e garantir privacidade do paciente (p. 57, grifos meus).*

De acordo com o texto, o paciente terminal possui vários direitos, dentre os quais se encontram, também, os direitos espirituais e religiosos. O texto refere que após o paciente aceitar a morte, ele deve receber ajuda dos familiares e estes também devem ser ajudados, isso quer dizer que o paciente “obrigatoriamente” deve aceitar a morte e após cumprir essa tarefa será ajudado quanto a essas questões. Ou, se não aceitar a morte, ele e os familiares terão ajuda restrita. O texto além de relatar as “obrigações” dos profissionais, relata também as obrigações do paciente, pois este também deve agir de um determinado modo, já que este também está incluso no discurso. É através dessa rede de saberes em que o corpo se insere que se estabelecem relações de poder, que nos fazem ocupar determinado lugar e pertencer a determinado regime de verdade (NIEMEYER, SILVA, KRUSE, 2010).

Taylor (2006) ao entrevistar pacientes com câncer e seus familiares, identificou oito categorias de necessidades espirituais. Essas necessidades espirituais incluíam a necessidade de:

relação com Deus ou com outro final (ex: necessidade de acreditar em Deus ou que foi curado, a necessidade de lembrar a providência de Deus, a necessidade de lembrar que “existe alguém lá fora olhando para mim”); ter gratidão e otimismo (ex: a necessidade de manter uma perspectiva positiva, para contar as bênçãos de alguém, ou apenas desfrutar a vida); amar os outros (ex: para perdoar ou se “acertar” com outros, para retornar gentilezas dos outros, para fazer o mundo um lugar melhor, para proteger os membros da família do testemunho do sofrimento do câncer; receber amor dos outros (ex: a necessidade de se sentir valorizado e apreciado pela família, saber que outros estão orando por você, ou apenas estar com os outros considerados da família); rever crenças espirituais (ex: perguntando se crenças religiosas são corretas, pensando sobre a injustiçadas circunstâncias pessoais, ou perguntando-se “por que”); criar significado, encontrar um propósito para o câncer e a vida (ex: a necessidade de “passar” perguntando “por que eu?” e tornar-se consciente de resultados positivos a partir da doença, diminuindo a frustração de não ser capaz de fazer um trabalho significativo, ou sentir que há uma razão para estar vivo); sustentar experiência religiosa (ex: leitura de materiais que alimentem o espírito, ter tempo de silêncio para refletir, ou receber o sacramento do líder religioso); e preparar-se para a morte (ex: equilibrando pensamentos sobre a morte com esperança por saúde, criando cognitivamente um propósito para a morte, ou colocando em ordem negócios pessoais) (TAYLOR, 2006, p. 583).⁸

Podemos observar neste excerto a ânsia moderna de classificar ou categorizar as coisas. De acordo com Bauman (1999), a ideia moderna de produzir um mundo ordenado é muito produtiva, pois assim sabemos facilmente “como ir adiante”. Este excerto relata as necessidades espirituais de um indivíduo que se encontra na terminalidade. Através dessas categorias os profissionais da saúde e até mesmo os familiares podem se guiar para prestar cuidados.

Segundo Lockmann (2010) as classificações surgiram com a modernidade, um mundo habitado por um desejo imenso de ordem e organização. Através dos conhecimentos científicos que a modernidade produziu foi possível explicar e categorizar as coisas, os fenômenos e também as pessoas. Esses saberes criaram categorias que colocaram em ação um exercício de classificação e enquadramento que tem por finalidade o conhecimento e o governo de uma população.

Os livros também descrevem como deve ser a atitude e postura do profissional que fará a avaliação espiritual. Campbell (2011) indica critérios para realizar uma assistência espiritual eficaz, que incluem: ouvir atentamente, demonstrar empatia e apoio, reconhecer e reagir ao sofrimento do próximo, identificar e responder questões éticas e conflitantes e buscar recursos adicionais, como capelães e prestadores de cuidados espirituais, quando necessário. A autora relata ainda, as atitudes esperadas do enfermeiro, tais como, respeitar a

⁸ Tradução da autora

história espiritual, ritos e tradições do paciente e permitir a visita de religiosos. Segundo a autora, o

enfermeiro passa mais tempo com o paciente do qualquer outro profissional. Esse fato proporciona-lhe uma ampla visibilidade e acesso para conhecer e atender as necessidades de convívio social, o sofrimento psicológico e a espiritualidade do doente (CAMPBELL, 2011, p. 48).

Outros autores afirmam ser necessário que o profissional faça observações enquanto pergunta e ouça atentamente a resposta do paciente. Essas questões devem ser abertas para trazer à tona informações sobre fé, religiosidade, crenças e práticas espirituais. As questões abertas iniciam com “como, o que, quem, quando” ou com frases do tipo “fale-me sobre...”. Deve ser evitado o uso de questões que iniciam com “por que”, pois os pacientes ficam atrapalhados com a percepção de ameaça. Para Taylor (2006) a avaliação somente será efetiva se o profissional estabeleceu previamente confiança e entrosamento com o paciente, pois ele pode não se sentir confortável quando divulga informações íntimas a uma pessoa desconhecida. Outro autor assegura que é necessário ouvir o paciente com o objetivo de entender, mostrar respeito pelas crenças ou descrenças, e apoiar as crenças (SANTOS, 2009).

Os textos instigam profissionais a determinados comportamentos e atitudes ao realizar a assistência espiritual. Eles são orientados a agir de determinado modo sendo, portanto, disciplinados para tal. O poder disciplinar age sobre os corpos dos sujeitos, instituindo permissões e restrições. Trata-se de um poder que estabelece regras adequadas de agir, de se comportar, de se relacionar, enlaçando aqueles que escapam da norma e das proposições morais (LOCKMANN, 2010).

Os textos incitam a determinadas posturas e modos de fazer, apontando que é adequado fazer isso ou aquilo para que a enfermeira não seja mal interpretada ao perguntar assuntos que seriam da intimidade dos pacientes. Taylor (2006) afirma que é educado que a enfermeira inicie a avaliação espiritual com a explicação de por que tal avaliação é necessária, pois a espiritualidade e religiosidade são tópicos íntimos e pessoais. Além disso, ela deve ficar atenta à comunicação não verbal e ao ambiente do paciente, pois esses fatores são fonte de grandes informações. Quanto ao ambiente, pode-se observar se há objetos religiosos na mesa de cabeceira, se há imagens ou crucifixos, se há livros religiosos, se as cortinas estão fechadas, se o paciente está com a colcha puxada sobre o rosto, ou se o paciente está irritado ou agitado. Essa observação do ambiente ajudará a enfermeira na avaliação espiritual. Os livros disciplinam as enfermeiras orientando o que devem observar orientar e ouvir. Deste modo, os discursos produzem profissionais de certo tipo, que ao se envolverem nesta ordem

do discurso, realizam determinadas práticas e agem de determinado modo, e não de outro (KRUSE et al, 2008).

Taylor (2006) lembra também da importância da linguagem, que não deverá ser ofensiva. Para evitar este problema, a enfermeira deve iniciar a avaliação com questões gerais e não relacionadas a assuntos espirituais e religiosos. Um exemplo de pergunta seria: “*o que está dando força para lidar com sua doença agora?*”. Após, a enfermeira deve estar atenta a linguagem que o paciente utiliza e formular questões de continuação. Se o paciente responde, por exemplo, com “*minha fé e oração me ajudam*”, então a enfermeira sabe que fé e oração são palavras que não ofenderão este paciente. Caso, o paciente declare que “*ótimos espíritos guiam*”, então a enfermeira não responderá com “*fale-me como Jesus é seu guia*” (TAYLOR, 2006, p. 590).⁹

Taylor (2006) mais uma vez se refere à importância de ouvir a resposta do paciente. Ele lembra que o silêncio é adequado e orienta ouvir mais que as palavras: ouvir os símbolos, ouvir os lugares de energia do paciente e ouvir a emoção além da cognição. Afirma que fará bem à enfermeira ouvir do seu próprio interior as respostas e que essa resposta irá refletir os sentimentos do paciente. Enquanto a enfermeira questiona o paciente sobre sua espiritualidade e religiosidade, está auxiliando o paciente a refletir sobre seus aspectos mais íntimos e importantes, além disso, está indicando ao paciente que é normal e valioso se confrontar com questões espirituais. A enfermeira já oferece o cuidado espiritual durante a avaliação somente pelo fato de estar presente e testemunhando o que é sagrado para o paciente (TAYLOR, 2006).

Como se pode perceber, os livros constituem certo tipo de profissional estabelecendo padrões, modos de ser e de agir, funcionando como um instrumento, ao mesmo tempo regulador e normalizador, que age sobre os corpos para regular as condutas dos sujeitos, estabelecendo uma norma, na qual os sujeitos não podem escapar (NIEMEYER, SILVA, KRUSE, 2010).

Os livros relatam também as dificuldades dos profissionais de saúde para abordar o assunto religiosidade/espiritualidade com os pacientes.

Forte (2009) relata que a percepção da nossa finitude traz questões e necessidades que podem ser abordadas pelo profissional de saúde, porém esses profissionais, muitas vezes, temem ou não sabem lidar com tais questões. A conversa sobre a finitude pode representar uma conversa sobre assuntos espirituais, e os profissionais podem ter dificuldades, tais como:

⁹ Tradução da autora

falta de conhecimento sobre o assunto, de treinamento e de tempo; desconforto com o assunto; medo de impor visões religiosas ou ofender o paciente; acreditar que o conhecimento sobre religião não seja relevante para os cuidados médicos e achar que não seja de sua competência a abordagem a tais assuntos (SANTOS, 2009, p. 382).

Sendo assim, o profissional pode começar a conversa de um modo mais geral, perguntando, por exemplo, “*deve ser muito difícil para o (a) senhor (a) enfrentar tudo isso. Como está se sentindo?*” (FORTE, 2009, p. 227). Taylor (2006) refere que uma barreira para a avaliação espiritual é o medo do profissional em ofender o paciente não religioso utilizando uma linguagem religiosa. Portanto, realizar perguntas mais gerais, tornaria a comunicação sobre assuntos espirituais mais fácil. Contudo, enfermeiros devem reconhecer que não são especialistas na avaliação de cuidados espirituais. Muitos enfermeiros percebem que não receberam treino adequado para realizar avaliação e cuidado espiritual. Isto pode ser falta de treino acompanhado por confusão de papéis ou falta de tempo. Sendo assim, quando a avaliação do enfermeiro indica necessidade de uma avaliação mais sensível e um cuidado especializado, deve-se referenciar o paciente a um especialista.

Campbell (2011) relata que a

assistência espiritual exige tanto um reconhecimento do valor da assistência quanto uma vontade incondicional de prestar cuidados espirituais. Os funcionários precisam saber identificar seus próprios limites/limitações e determinar quando há necessidade do auxílio de capelães ou de prestadores de assistência espiritual. Isso inclui tentativas de notificar o religioso da fé do paciente, caso seja solicitado (CAMPBELL, 2011, p. 230).

De acordo com Forte (2009), o papel do profissional não é oferecer conselhos espirituais ou religiosos, mas sim, fazer com que o paciente encontre respostas em sua própria crença. Não devemos ter medo de dizer “eu não sei” quando somos interpelados por questões complexas sobre espiritualidade e religiosidade, o importante é que saibamos ouvir, pois o fato de estarmos ao lado do paciente, prestando atenção e compreendendo-o já é de grande valor.

Saporetta (2009) alega que entre as dificuldades para abordar a questão espiritual no final da vida encontra-se o desconhecimento da equipe de profissionais de saúde a respeito de sua espiritualidade e a ignorância do paciente sobre sua finitude. Embora a maioria dos pacientes deseje saber a respeito da gravidade de seu prognóstico, grande parte dos médicos não são favoráveis a contar isso aos pacientes.

Taylor (2006) afirma que enfermeiras podem encontrar barreiras pessoais para conduzir a avaliação espiritual. Essas barreiras podem incluir sentimentos de constrangimento ou insegurança sobre o assunto, ou pode resultar da projeção de dúvidas pessoais. Toda enfermeira tem uma filosofia pessoal ou visão de mundo que influencia suas crenças espirituais e essas crenças podem influenciar as técnicas de avaliação da enfermeira e sua interpretação. Portanto, uma precisa avaliação espiritual requer que a enfermeira tenha autoconhecimento espiritual. Enfermeiras podem aumentar seu conforto com o assunto e sua consciência com seu eu espiritual se elas perguntarem a si mesmas variações dessas questões antes de perguntarem aos seus pacientes. Por exemplo, “*O que dá significado e propósito a minha vida?*”, “*Como minhas crenças espirituais influenciam a maneira como eu me relaciono com minha própria morte?*” e “*Como eu me amo e me perdoo?*” (p. 591).¹⁰

Os livros também relatam que é de suma importância conhecer e ter clareza em relação à própria espiritualidade, pois “*é impossível ajudar alguém em questões espirituais sem antes conhecer sua própria espiritualidade*” (SAPORETTI, 2009, p. 275). A equipe também deverá trabalhar as crenças do paciente sem pregar a sua verdade. Dessa forma, os profissionais deverão ser orientados quanto ao respeito à individualidade do paciente, sendo que o cuidado espiritual cabe a todos os envolvidos, ao contrário do atendimento religioso, que deve ser incentivado pela equipe e ministrado pelo sacerdote habilitado (SAPORETTI, 2009).

Saporette e Silva (2009) afirmam que a espiritualidade e religiosidade são pouco abordadas pelos profissionais de saúde e “*torna-se vital nos cuidados com aqueles que estão partindo. Conhecer nossas próprias questões sobre finitude, religião e espiritualidade é o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes*” (p. 318).

Borneman e Brown-Saltzman (2006) afirmam que é “*essencial que a enfermeira experimente sua própria jornada, visitando as emoções intensas em torno do processo de morrer e o ato de testemunhar o sofrimento*” (p. 612).¹¹

Sendo assim, os profissionais que desejam abordar a espiritualidade do paciente devem aplicar a si mesmo o FICA profissional (Quadro 6), com a finalidade de ter maior segurança ao abordar esse assunto ao prestar assistência ao paciente (SANTOS, 2009).

¹⁰ Tradução da autora

¹¹ Tradução da autora

F	<i>Eu tenho crenças espirituais que me ajudam a lidar com o estresse e com o fim da vida? Eu sou religioso, espiritual? O que dá à minha vida significado e propósito?</i>
I	<i>Essas crenças são importantes para mim? Elas influenciam a maneira como eu cuido de mim mesmo? Minhas crenças são mais ou menos importantes? Quais são as prioridades mais importantes na minha vida? Elas coincidem com as minhas crenças espirituais? Minha vida espiritual está integrada na minha vida pessoal e/ou profissional? Se não, por que não?</i>
C	<i>Pertenço a uma comunidade espiritual? Qual é o meu comprometimento com essa comunidade? Ela é importante para mim? Preciso achar uma comunidade ou mudar de comunidade?</i>
A	<i>Preciso fazer algo diferente para crescer na minha espiritualidade ou em minha comunidade? Tenho uma prática espiritual, ou preciso de uma? O que eu deveria fazer em minha prática com o objetivo de crescer espiritualmente? Eu preciso fazer algo diferente? De que maneira integraria melhor minha vida espiritual na minha vida pessoal e/ou profissional?</i>

Quadro 6 – FICA - Profissional
 Fonte: SANTOS, 2009, p. 381.

Aqui, novamente nos deparamos com um instrumento de avaliação, porém desta vez avaliação dos profissionais. Percebemos que esse instrumento reforça a ideia que a espiritualidade/religiosidade ajudam a lidar com o final da vida, sendo difícil pensar de outra maneira.

Em geral, os textos relatam a importância do autoconhecimento do profissional sobre assuntos espirituais e religiosos, considerando que somente dessa forma poderá prestar um cuidado efetivo ao paciente. Sugerem até perguntas para o profissional fazer a si mesmo com a finalidade de se conhecer melhor e prestar uma melhor assistência aos pacientes. Sendo assim, para o profissional prestar uma assistência adequada ao paciente, ele deve se avaliar, olhar para dentro de si, passar por um exame de consciência. Percebemos aqui os profissionais como alvo do disciplinamento. A disciplina que age sobre os corpos destes indivíduos,

[...] é uma tecnologia de poder que opera no detalhe, que esquadrinha todo um campo de visibilidade para controlar os indivíduos. Um controle que aumenta os efeitos do poder disciplinar, pois nada escapa de sua permanente vigilância, da observação contínua, do ver sem ser visto (LOCKMMAN, 2010, p. 36).

Kemp (2006) afirma que a preparação para fornecer cuidado espiritual inclui esclarecimento dos objetivos, conhecimento das necessidades espirituais, conhecimento pessoal, e disposição para realizar algumas intervenções básicas. A avaliação e o cuidado espiritual devem ser introduzidos no início do andamento do cuidado e reavaliados continuamente. Além disso, é essencial que a enfermeira primeiramente estabeleça uma relação de confiança e uma boa comunicação com o paciente para facilitar o cuidado espiritual. Menezes (2004a) afirma que o profissional deve conquistar a confiança do paciente, de modo que este possa expressar seus desejos. Em contrapartida, ele deve manter

certa distância para preservar sua identidade profissional, dessa forma deve buscar um ponto de equilíbrio para assumir novos posicionamentos a cada situação.

Kemp (2006) relata que o cuidado espiritual tem por objetivo aumentar a oportunidade de reconciliação com Deus (ou poder superior) e consigo mesmo. Os Cuidados Paliativos possuem objetivos mais específicos, claramente relacionados com as necessidades espirituais, tais como: a redução do senso de insignificância, inutilidade ou desespero, o aumento do senso de ligação, perdão ou aceitação. O objetivo é aliviar o sofrimento espiritual, porém o objetivo no cuidado espiritual não é proporcionar uma resposta pessoal para questões fundamentais ou fazer o paciente alcançar uma determinada crença. A maioria das intervenções podem se aplicar a pessoas de qualquer fé, ou até mesmo em pessoas sem fé, pois até aqueles que não possuem religião/ espiritualidade podem e devem receber cuidados espirituais, visto que o discurso é constituído de tal forma que inclui a todos.

De acordo com Menezes (2004a), o fundamento da assistência espiritual é a aceitação da perda, visando a cura espiritual. O paciente, ao aceitar a morte próxima, pode dar adeus livre de mágoas da vida, com a mente em processo de expansão.

Silva e Araújo (2009) relatam necessidades espirituais ao final da vida e apontam estratégias úteis de comunicação para abordar tais necessidades (Quadro 7).

<i>Aspectos espirituais identificados</i>	<i>Necessidades relacionadas</i>	<i>Estratégias de comunicação</i>
<i>Reflexões ou questionamentos sobre o significado da vida</i>	<i>Construir um sentido para a vida e a própria existência</i>	<i>Ouvir atentamente; estimular reflexão e expressão de sentimentos (perguntas abertas)</i>
<i>Preocupações com o legado; resgate de relacionamentos</i>	<i>Agradecer e demonstrar amor a quem lhe é importante; perdoar e ser perdoado; despedir-se</i>	<i>Estimular, permitir e promover reencontros; conversar com familiares, flexibilizando horários de visita; promover ambiente agradável para essas interações familiares (disponibilizar cadeiras, ambiente privativo)</i>
<i>Questionamento acerca da morte ou o que vem depois dela; resignificação de dor e sofrimento</i>	<i>Estreitar relação com o Ser Supremo; reafirmar crenças</i>	<i>Ouvir atentamente; utilizar toque afetivo para demonstração de compreensão e apoio; respeitar momentos de silêncio do outro</i>

Quadro 7 – Necessidades espirituais expressas de modo verbal e/ou não verbal e estratégias de comunicação úteis para o cuidado ao fim da vida.

Fonte: SILVA, ARAÚJO, 2009, p. 55.

Neste quadro, observa-se uma abordagem mais ampla da questão espiritual, mas ainda assim, temos um rol de condutas que o profissional de saúde deve seguir; determinadas atividades e determinadas atitudes a realizar para que o paciente possa ter atendidas suas necessidades. Há um governo sobre o paciente e o profissional determinando modos de ser e

agir. O governo atua por meio de intervenções educativas, sociais, médicas, psicológicas, para dirigir as condutas dos sujeitos e gerenciar as suas vidas (LOCKMANN, 2010).

Kemp (2006) relata duas intervenções básicas de cuidados espirituais, que podem ser oferecidos pela enfermeira ou outros profissionais da equipe. A primeira seria o simples fato de estar junto com o paciente, de ouvi-lo; a segunda seria a oração. Borneman e Brown-Saltzman (2006) afirmam que orar tem muito significado para pacientes e familiares, representando não apenas se conectar com Deus, mas também uma ligação relacional com os outros. Além dessas intervenções, Kemp (2006) relata uma série de intervenções relacionadas a necessidades espirituais de significado, esperança, ligação, perdão ou aceitação e transcendência. O autor ressalta que é importante observar que pacientes cujos sintomas físicos não são corretamente tratados frequentemente são incapazes de resolver questões espirituais porque eles são mais propensos a se concentrar apenas nas necessidades físicas e no sofrimento. Sendo assim, os pacientes devem estar livres de dores físicas para poderem resolver questões espirituais.

Os livros afirmam que ao fazer a revisão da vida, o paciente traz à tona a questão do, *“o que minha vida significou e quão bem eu a vivi?”* Se a resposta for, *“minha vida foi cheia de significado e eu a vivi bem”*, então é mais provável que o significado possa ser encontrado nos últimos dias, e esses dias serão mais propensos a serem bem vividos. Se, por outro lado, a resposta for, *“minha vida teve pouco significado e eu não a vivi bem”*, então é menos provável que o significado seja encontrado nos últimos dias, e esses dias são menos propensos a serem bem vividos. Sendo assim, sem a intervenção qualificada, muitas pessoas morrem de forma muito semelhante ao resto de suas vidas (KEMP, 2006, p. 598).¹²

No livro afirma-se que os profissionais de saúde devem ajudar o paciente a encontrar passagens de livros sagrados das suas próprias religiões e discutir essas passagens para poder prestar o melhor tipo de resposta para a questão do sentido do sofrimento e da morte. Se o paciente for incapaz de ler, a enfermeira ou outro cuidador podem fazer a leitura. O culto, o ritual, a oração, e a meditação podem ser parte do cuidado espiritual e encorajar a participação em tais ações é importante, tanto para os pacientes quanto para os familiares. Quando se torna difícil para o paciente visitar um local de culto, por causa das limitações físicas, visitas de clérigos devem ser consideradas. A enfermeira ou outro cuidador devem chamar o clérigo para realizar a visita (KEMP, 2006). A enfermeira pode explorar a história de fé do paciente,

¹² Tradução da autora

especialmente momentos em que a fé e a ligação com algo superior foram fortes e quando eles foram fracos e o que influenciou essas mudanças. Neste momento não se pode conferir ligação com Deus, porém o que pode ser conferido é a possibilidade que haja, de fato, algo superior além desse sofrimento e isolamento. O ato de assistir o medo, o sofrimento, e isolamento talvez seja o único cuidado espiritual possível e orar com o paciente é uma parte importante do cuidado espiritual (KEMP, 2006). Nestes excertos podemos observar que os discursos tentam abarcar todas as dimensões e possibilidades do pacientes no final da vida e de sua família, prescrevendo modos corretos de viver esta etapa da vida, estabelecendo o que seria certo com um incitamento ao profissional para que tenha determinadas condutas e não outras. De acordo com Lockmann (2010) existem práticas que se voltam ao disciplinamento dos indivíduos com a finalidade de ajustar seus comportamentos de acordo com princípios morais, considerados adequados para a vida em sociedade. Essas práticas “[...] estão imbricadas em jogos complexos de poder que fabricam valores, juízos, interesses, assim como formas de ser e de conduzir” (LOCKMANN, 2010, p. 92).

Kemp (2006) orienta intervenções espirituais para as diferentes necessidades espirituais (Quadro 8)¹³.

Notas sobre a busca de sentido, esperança, ligação, perdão e aceitação, transcendência: o paciente, a família, e a enfermeira

- *Revisão da vida: o bom e o ruim.*
- *Integrar o sagrado no processo de morrer: oração, leitura, culto, e ritual.*
- *Definir metas reais para os dias restantes: melhorar o relacionamento, ler livros sagrados, ou orar regularmente.*
- *Entender esperanças comuns no processo de morrer.*
- *Entender que duas grandes esperanças são oferecidas pela fé e religião: viver plenamente e profundamente, e esperar a vida após a morte.*
- *Compreender o problema comum de isolamento existencial e/ou espiritual.*
- *A ligação pode ser com Deus, com a religião ou a comunidade de fé.*
- *Explorar a história de fé do paciente para ajudar a reacender o senso de ligação ou descobrir razões para a falta de ligação.*
- *Orar com o paciente e com os cuidadores é importante.*
- *Compreender a universalidade do pecado, arrependimento e culpa.*
- *Uma revisão da vida quase sempre inclui elementos de necessidade por perdão e aceitação.*
- *Perdão e/ou aceitação podem não ser conferidos por outro, mas a prática de misericórdia é a manifestação de perdão e aceitação.*
- *Integrar o sagrado no processo de morrer talvez leve a transcendência.*
- *Transcendência é além da intervenção humana.*
- *Tomar nota dos momentos que ocorrem a transcendência na prática de cuidados paliativos.*

Quadro 8 - Notas sobre intervenções espirituais.

Fonte: KEMP, 2006, p. 599 – 603.

¹³ Para fins de apresentação este quadro foi composto pela junção de cinco quadros presentes no livro, cada um pertencendo a uma necessidade espiritual, como listadas no topo deste quadro. Foram selecionados apenas alguns excertos para compor o quadro. Tradução da autora.

Neste quadro nota-se uma série de intervenções para as diferentes necessidades espirituais que podem ser realizadas pelo profissional no cuidado espiritual do paciente. Segundo Menezes (2004b), o paciente pode formular sentidos para sua própria vida e morte, com a ajuda dos profissionais. Refere que os Cuidados Paliativos tem a pretensão de construir novas percepções para a vida e, principalmente, novas significações para a morte.

Visando auxiliar os doentes terminais a ressignificar a dor da morte simbólica, foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas integrando técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com elementos que compõe a espiritualidade. A finalidade dessa intervenção é o alcance de uma boa qualidade de vida durante o processo de morrer e uma morte mais serena. A intervenção “relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espiritualidade”, para pacientes terminais, teria por objetivo a recuperação do equilíbrio homeostático, uma vez que a homeostase física não é possível devido à terminalidade do paciente. Isto produziria o alívio dos sintomas psíquicos e espirituais, provocando transformações positivas frente à dor simbólica da morte. Através dessa intervenção é oferecida ao paciente a oportunidade de reencontrar o sentimento da esperança, sendo favorecido o resgate dos aspectos construtivos e positivos da vida do paciente e o fortalecimento de suas qualidades (ELIAS, 2006).

Essa intervenção pode ser dividida em duas partes: a primeira é a identificação da dor simbólica da morte, que é representada pela dor psíquica e pela dor espiritual. O paciente deve ser ouvido e compreendido para posteriormente poder manejá-lo, favorecendo a ressignificação. A segunda é a condensação dos elementos da dor psíquica e da dor espiritual, que consiste em elementos simbólicos que serão orientados por visualização, por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta (ELIAS, 2006).

No quadro 9 apresenta-se uma síntese de ações para a implementação da intervenção.

<i>Orientação para o paciente respirar lenta e profundamente, imaginar o oxigênio sendo inalado na cor azul-céu ou branca (cores frias, calmantes) e sendo transportado para todos os órgãos do seu corpo, principalmente os que estiverem apresentando dor.</i>
<i>Orientação para o paciente focar sua atenção na música suave, escolhida de acordo com o seu próprio gosto.</i>
<i>Caminho luminoso dourado como o sol, com um céu muito azul.</i>
<i>Campo verde, árvore frondosa frutífera, cercada por flores perfumadas amarelas, vermelhas, cor-de-rosa, brancas, lilases.</i>
<i>Cachoeira e lago situados em um campo verde.</i>
<i>Brisa suave.</i>
<i>Casal de passarinhos ensinando o filhote a voar.</i>
<i>Praia deserta e bonita; areia branca, mar azul e calmo, com golfinhos brincando.</i>
<i>Campo verde com milhares de flores cor-de-rosa perfumadas e pássaros voando entre elas.</i>
<i>Bosque com lago azul, céu azul brilhante e árvores verdes.</i>

<i>Parque com crianças alegres correndo, flores multicoloridas e arco-íris.</i>
<i>Casinha acolhedora com flores no jardim e varanda confortável.</i>
<i>Visão do paciente como criança, nos braços da própria mãe.</i>
<i>Visão do paciente como adulto, nos braços da própria mãe.</i>
<i>Sugestões diretas minimizando culpas e fortalecendo a confiança quanto à educação dos filhos após a morte do paciente.</i>
<i>Sugestão direta para despedir-se desta vida e entrar em um mundo espiritual belo e cheio de paz.</i>
<i>Afirmção para o paciente sentir a beleza do Universo, integrar-se a essa beleza e sentir sua própria beleza, suas qualidades internas.</i>
<i>Afirmção para o paciente visualizar seres espirituais de luz que oferecem amparo, proteção e irradiam amor incondicional, bondade, carinho.</i>
<i>Afirmção para o paciente visualizar Nossa Senhora protegendo-o e envolvendo-o em seu manto azul.</i>
<i>Afirmção para o paciente sentir o amor de Cristo envolvendo-o.</i>

Quadro 9 – Elementos simbólicos sugeridos aos pacientes no desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica “relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espiritualidade”.

Fonte: ELIAS, 2006, p. 344, grifos meus.

Neste quadro, notam-se várias intervenções que o autor prescreve e que podem ser realizadas ao final da vida de um indivíduo a fim de melhorar sua qualidade de vida no processo de morrer. Destacam-se quatro intervenções diretamente relacionadas à espiritualidade e religiosidade: o paciente é solicitado a se despedir da vida para entrar em um mundo espiritual; é estimulado a visualizar seres espirituais de luz; visualizar Nossa Senhora; sentir o amor de Cristo envolvendo-o. Mais uma vez, o paciente é estimulado a ver o lado espiritual/religioso, mesmo que não seja cristão nem religioso/espiritualizado, de modo que tal discurso fica naturalizado. Para que se produza a boa morte todos devem explorar sua espiritualidade, valorizar tais aspectos para que tenham um final de vida com qualidade.

Puchalski recomendou as seguintes intervenções de assistência espiritual:

ouvir as preocupações, os sentimentos e as crenças do paciente; proporcionar um ambiente privativo e ouvir com atenção para que ele possa expressar sentimentos e experiências associadas com a doença, o estresse e a morte; oferecer oportunidades para que ele expresse pesar, raiva, desespero, tristeza, felicidade, alegria e confusão; sugerir contato com pessoas que podem ajudá-lo (família, religiosos, conselheiros); encaminhá-lo a profissionais prestadores de cuidados espirituais (padres, capelães); sugerir práticas espirituais, tais como ioga ou meditação; apoiar rituais, sacramentos; apoiar a oração; incentivar a leitura de textos sagrados (Bíblia, Alcorão, Torá); incentivar leituras reflexivas de poesia ou literatura; incentivar o paciente e seus familiares a escrever um blog ou diário (CAMPBELL, 2011, p. 52).

Percebe-se que há mais uma “receita” de como oferecer a assistência espiritual. As prescrições são amplas e atingem vários tipos de atividades que seriam produtoras de um bom momento final, uma boa morte. Profissionais, pacientes e suas famílias são estimulados a

escrever, falar, orar, meditar, ouvir, ler. Ocorre o disciplinamento dos profissionais de modo que tenha determinadas condutas e atente para determinados itens no oferecimento da assistência espiritual ao paciente.

De acordo com Campbell (2011), quando pacientes e familiares solicitam que o enfermeiro reze com eles, o enfermeiro deve entender esse fato como um sinal de respeito e tentativa de incluí-lo neste momento singular da família. Negar essa solicitação pode ser prejudicial ao paciente. Neste caso, o melhor é aceitar delicadamente o convite e permanecer em pé junto à família em silêncio. Se os familiares necessitarem de ajuda de alguém para liderar uma oração, o enfermeiro deve buscar apoio do capelão do hospital. Os enfermeiros

têm uma ampla capacidade de suprir as necessidades do paciente e de seus familiares no fim da vida. Os anseios de convívio social, apoio espiritual e psicológico são atendidos por eles quando permitem visita livre, fornecem apoio espiritual, permanecem junto ao doente e consultam profissionais de outras áreas, como um capelão, quando necessário (CAMPBELL, 2011, p.69).

Podemos perceber neste texto, a necessidade de disciplinamento do profissional de saúde, para que se comporte de determinado modo. Ao ser solicitado que ore com o paciente ou familiares, a enfermeira não pode negar, pois isso pode prejudicar o paciente. O texto constrói sujeitos e subjetividades, na medida em que produz saberes, ensinando modos de ser e estar na cultura em que vivemos (FISCHER, 2002). De acordo com Pedroza (2012) o saber é uma ferramenta de poder produtora de discursos que passam a ser considerados verdadeiros e orientam as ações dos indivíduos. Deste modo, ao lermos estes livros, somos subjetivados a nos tornarmos determinado tipo de profissional. Tornamos-nos corpos dóceis, induzidos a nos adequar a regras, normas e valores estabelecidos para ter um bom convívio social (LOCKMANN, 2010).

Os livros analisados determinam um papel muito influente à enfermeira sobre o cuidado espiritual do paciente. Kemp (2006) afirma que “*não há ninguém melhor colocado ou melhor qualificado do que a enfermeira para oferecer o cuidado espiritual*” (p. 603).¹⁴ Menezes (2004b) relata que no Brasil a maioria dos profissionais que trabalham nos Cuidados Paliativos são do sexo feminino. Refere que isso pode ser devido à sensibilidade emocional da mulher em relação a emoções como piedade, suavidade e amabilidade.

Borneman e Brown-Saltzman (2006) relatam que a enfermeira pode ser “*um catalisador para ajudar o paciente e a família a encontrar o significado na doença e no*

¹⁴ Tradução da autora

processo, e ajudar a si mesmos a definir ou redefinir seus próprios significados na vida, doença e na morte” (p. 606).¹⁵ Essas autoras ainda afirmam que os pacientes que estão recebendo cuidados paliativos se sentem isolados e sozinhos, tendo muitas horas disponíveis, ao mesmo tempo em que experimentam a abreviação da vida. É neste momento que “*a enfermagem tem um papel fundamental como ouvinte, para quando às ruminções dos moribundos são dadas voz, aqui há uma oportunidade para o significado*” (p. 606).¹⁶ Elas relatam que as enfermeiras têm a oportunidade de reconhecer verbalmente a perda do cuidador familiar e podem encorajá-los em suas buscas de significado na perda.

Além disso, as autoras reconhecem que o respeito por parte dos profissionais é fundamental quando se entra a dimensão de cura do sofrimento, permitindo que o ambiente e o tempo falem. Afirmam que se

a enfermeira falha nisto, se a enfermeira virar as costas à sua promessa intrínseca para aliviar o sofrimento, então a enfermagem não pode mais existir. Ao invés disso, a enfermeira torna-se simplesmente o técnico e o planejador, a enfermeira torna-se parte do problema. Ela violou o código das enfermeiras que relata – “Cuidado de enfermagem é direcionado para a prevenção e alívio do sofrimento geralmente associado com o processo de morte... e enfatiza o contato humano (BORNEMAN, BROWN-SALTAZMAN, 2006, p. 612).¹⁷

Nota-se neste excerto a linguagem enfática que destaca a impossibilidade de existência da enfermagem fora do alívio da dor e do sofrimento e incita os profissionais a assumirem o papel de cuidadores espirituais, mesmo que se saiba que não são preparados para tanto, uma vez que tais conhecimentos não fazem parte dos currículos profissionais. As enfermeiras assumiram o cuidado espiritual, talvez pela influência de Florence Nightingale que possuía formação religiosa e foi a fundadora da enfermagem moderna. Por outro lado, também deve ser considerado que a finalidade dos hospitais era a reclusão e a morte aos que não tinham outro lugar para morrer, sendo seu principal objetivo a assistência espiritual. A enfermeira assumiu este cuidado, mais do que qualquer outro profissional, devido a sua presença constante e direta junto ao paciente, possibilitando a criação de um maior vínculo e verbalização dos pacientes sobre sua intimidade.

Borneman e Brown-Saltzman (2006) também se referem à saúde do profissional que presta cuidado espiritual. Devido às exigências do trabalho, a enfermeira tem grande risco de se afastar dos seus sentimentos. Sendo assim, são necessários cuidados de saúde para os

¹⁵ Tradução da autora

¹⁶ Tradução da autora

¹⁷ Tradução da autora

profissionais com vistas a apoiá-los e orientá-los nesta tarefa. Instituições individuais devem desenvolver cuidados que visem essas necessidades. Existe

muitas oportunidades para ajudar enfermeiras em sua própria busca de significado e melhorar o cuidado dos pacientes e familiares. Quando a enfermeira leva tempo para encontrar um significado neste trabalho, ela está encontrando uma prática de saúde de reparação que irá protegê-la pessoal e profissionalmente. Como o paciente, ela precisa escolher esta viagem e encontrar caminhos que favoreçam e desafiem-na (BORNEMAN, BROWN-SALTAZMAN, p. 614).¹⁸

Menezes (2004a) afirma que o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde que proporcionam cuidados paliativos leva a um desgaste. Apesar dos Cuidados Paliativos buscarem a construção de uma nova representação social da morte, a convivência diária com a perda é um ponto negativo. Dessa forma, os profissionais são estimulados a desenvolver formas de organizar a vida pessoal, para manter o equilíbrio emocional e espiritual. Afirma, ainda, que a “morte em Cuidados Paliativos não deve ocorrer tão rapidamente que a equipe não tenha condições de trabalhar os familiares para este evento, nem deve prolongar-se excessivamente, a ponto de produzir uma sobrecarga emocional nos profissionais e familiares” (MENEZES, 2004b, p. 202).

Dentre os livros analisados, há dois que abordam o cuidado domiciliar (MACMILLAN et al, 2004; ALVARENGA, 2005) e questões referentes à espiritualidade e religiosidade. Macmillan et al (2004) descrevem que um cuidador precisa entender que seu ente querido pode ter perdido o contato com o seu grupo religioso, mas talvez deseje retornar a ele, restabelecendo laços rompidos com o poder espiritual; a pessoa pode expressar culpa, remorso e desejo por perdão em busca da paz interior e paz com os outros ou com o poder espiritual; seu ente querido pode perguntar “por quê?” tanto para o poder espiritual como o universo em geral; se a oração vem fazendo parte da vida do seu ente querido, essa necessidade pela oração pode mudar, a pessoa pode não sentir o conforto de um vínculo estreito com um poder espiritual; a pessoa religiosa pode ter angústia espiritual profunda dita ou não dita, sobre a ausência percebida de um poder espiritual; e a pessoa pode começar a olhar sua vida para trás e olhar em frente para o desconhecido, pode haver esperança de um milagre ou da imortalidade, ou em uma vida após a morte (MACMILLAN et al, 2004).

Além disso, o cuidador deve oferecer conforto ao seu ente querido, de modo a ouvi-lo e ajudá-lo neste momento da vida. Ele deve lembrá-lo que se orar não está sendo fácil, outros estão oferecendo orações; deve dizer às pessoas que são importantes suportes espirituais sobre

¹⁸ Tradução da autora

a doença e pedir-lhes para serem companheiros espirituais; não deve se sentir constrangido se tiver que oferecer suas próprias respostas para algumas das perguntas que a pessoa faz sobre o poder espiritual; perguntar para a pessoa se seria útil conversar com alguém sobre seus problemas espirituais, mesmo que esse tipo de contato não tenha sido importante até agora; tranquilizar a pessoa sobre sentimentos de dúvida ou culpa, considerados normais nesta fase; e aceitar as necessidades da pessoa de conversar a respeito de morrer ou dizer adeus (MACMILLAN et al, 2004).

Nestes textos, pode-se observar que os cuidadores também são disciplinados, pois precisam entender determinadas atitudes do familiar enfermo e oferecer determinados cuidados, a fim de que o paciente tenha uma boa morte.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os livros textos sobre Cuidados Paliativos colocam a religiosidade e a espiritualidade na ordem do discurso sobre o cuidado ao paciente no final da vida, construindo uma rede de saberes sobre o tema que constitui cuidadores, pacientes e profissionais. Neste trabalho procurei colocar sob suspeita tais discursos que nos atravessam, ou seja, as verdades que estão circulando sobre a espiritualidade e religiosidade de pessoas no final da vida. Procurei mostrar que tais discursos, aceitos como naturais, resultam de uma trama que se propõe a educar pacientes, familiares e trabalhadores de enfermagem. Ao analisar as verdades dessa rede discursiva tentei desnaturalizar esses discursos, lançando um olhar diferente sobre esse assunto, ao mesmo tempo antigo e atual.

Ao longo da leitura e análise fui percebendo os textos sobre Cuidados Paliativos como poderosos artefatos da mídia, que fazem circular discursos que se propagam pelos meios profissional, acadêmico e familiar. Dessa forma, os textos dirigem condutas, ensinam modos de ser e de agir, produzindo subjetividades e definindo papéis aos familiares, profissionais e pacientes.

Na primeira unidade de análise destaco a associação do discurso religioso com o discurso dos profissionais de saúde, pois, de acordo com os textos, o paciente que possui religião/espiritualidade tem uma vida com melhor qualidade. Os textos mostram como produzem verdades através de inúmeros artifícios, tais como: estatísticas, resultados de pesquisas e repetições. Relatam uma série de instrumentos de avaliação espiritual que escrutinam a vida dos pacientes com a finalidade de governá-lo. Assim, observa-se o governo dos sujeitos através dos dispositivos da religião e espiritualidade, de forma a conduzir suas condutas e influenciar seu modo de ser e agir.

Na segunda unidade de análise observo que o discurso dos livros textos sobre Cuidados Paliativos se dirige a produzir uma boa morte, isto é, uma morte com o menor sofrimento possível. E de acordo com esses discursos, a aceitação da morte e a assistência religiosa e espiritual são essenciais. Para isso lança mão de vários métodos, orientações, estratégias e condutas a fim de ensinar como o profissional da saúde deve se comportar e como deve agir nos cuidados ao paciente terminal no que se refere à espiritualidade e religiosidade. Ao mesmo tempo em que ensina o modo como o profissional deve se portar, também aponta deveres dos pacientes, pois estes também estão incluídos no discurso. Além

disso, apontam os deveres dos familiares, principalmente quando o paciente se encontra em seu lar.

Os textos divulgam um jeito certo de abordar a espiritualidade e religiosidade e de morrer. Apesar de prescreverem uma assistência ao paciente individual, acabam enfatizando sempre as mesmas perguntas e condutas para todos. Observa-se assim, uma normalização do cuidado e do jeito de morrer. Existem regras e normas para todas as situações buscando tornar a morte desse paciente o mais natural possível. Através da intervenção de profissionais habilitados, com conhecimentos sobre o acompanhamento do final da vida, a morte é transformada em um evento natural e aceito socialmente, destacando-se aqui, a normalização da prática do morrer, a domesticação da morte e ampliação do biopoder (MENEZES, 2004b).

Os livros divulgam que pacientes que se encontram em final de vida devem ser indagados sobre como estão se sentindo neste momento, sendo que as enfermeiras são estimuladas a descobrir modos de ajudá-los nesta fase. Os profissionais de saúde devem estar preparados para essa atividade e devem realizá-la, nem que seja somente para fornecer uma abordagem inicial para após encaminhar para uma pessoa especializada. Foi criada uma normalização no processo de morrer, todos devem receber este tipo de assistência e “assim que determinamos que algo deve se aplicar a todos os seres humanos, criamos uma norma contra a qual o comportamento humano pode ser medido e julgado” (OKSALA, 2011, p. 66). Dessa forma, a expressão dos sentimentos do paciente, possibilita ampliar a vigilância e o controle dos profissionais sobre eles.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **Informação e Documentação: Elaboração de Referências**. 2002. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/abntnabr6023.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2012.
- ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de Cuidados Paliativos. *In: Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 20 – 36.
- BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BRASIL. Lei 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. **Lei dos Direitos Autorais**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm>. Acesso em: 06 abr. 2012.
- BOTTON, A. **Religião para ateus**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2011.
- BUJES, M. I. E. **Infância e maquinarias**. 2001. 259 f. (Tese Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- CAMPBELL, M. L. **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre: AMGH, 2011.
- COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, vol.23, n.23, p. 36-61, 2003.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos: seguido de Envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FERREIRA, M. S.; TRAVERSINI, C. S. A análise foucaultiana de discursos como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação e Realidade**, 2012 [artigo aceito para publicação].
- FISCHER, R. M. B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela TV). **Educação e Pesquisa**, São Paulo, vol.8, n.1, p.151-162, 2002.
- FORNAZARI, A. S.; FERREIRA, R. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, vol.26, n.2, p.265-272, 2010.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996.
- _____. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.
- _____. *In: MACHADO, ROBERTO. Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2005a.

_____. **Em defesa da Sociedade:** Curso no Collège de France (1975-1976). 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005b.

_____. **Segurança, Território, População:** Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FROW, J.; MORRIS, M. Estudos Culturais. *In:* DENZIN, N. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 315 – 343.

GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.64, n.1, p.53-59, 2011.

GUIMARAES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista psiquiatria clínica**, São Paulo, vol.34, n.1, p.88-94, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISAS DATAFOLHA. **Dossies**. 2007. Disponível em: http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=445. Acesso em: 17 maio 2012.

KEMP, C. Spiritual Care Interventions. *In:* FERRELL, B. R.; COYLE, N. **Textbook of Palliative Nursing**. New York: Oxford, 2006. p. 595 – 604.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios:** das coisas que ensinam às enfermeiras. 2003. 158 f. (Tese Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KRUSE, M. H. L.; SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; FORTES, C. V. Ordem como tarefa: a construção dos Diagnósticos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.61, n.2, p.262-6, 2008.

LOCKMANN, K. **Inclusão escolar:** saberes que operam para governar a população. 2010. 180 f. (Dissertação Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In:* **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14 – 19.

MELO, A. G. C.; FIGUEIREDO, M. T. A. F. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. *In:* PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos:** enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. p. 16 – 28.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte:** antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004a.

MENEZES, R. A. **Em busca da “boa morte”:** uma investigação sócio-antropológica sobre Cuidados Paliativos. 2004. 255 f. (Tese Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004b.

- MUCCILLO, N. O preparo do corpo após a morte: aspectos culturais, cuidados físicos e emocionais. *In*: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 347 – 359.
- NIEMEYER, F.; SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto e Contexto Enfermagem**, vol.19, n.4, p.767-73, 2010.
- OKSALA, J. **Como ler Foucault**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- PEDROZA, R. G. ‘Verdade’ ou ‘verdades’? (ou) Paul Veyne e Foucault em um programa de verdade. **Revista Inter-Legere**, Rio Grande do Norte, n.10, p.114-122, 2012. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/10/pdf/10es06.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2012.
- PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol.34, n.1, p.82-87, 2007.
- PIMENTA, C. A. M. Cuidados Paliativos: uma nova especialidade do trabalho de enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol.23, n.3, p.v-viii, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- THIRY-CHERQUES, H. R. À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica e genealógica. **Lua Nova**, São Paulo, n.81, p.215-248, 2010.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- TRAVERSINI, C. S.; BELLO, S. E. L. O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, vol. 34, n.2, p.135-152, 2009.
- VEIGA-NETO, A. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. *In*: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C. **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 179-217.
- VEIGA-NETO A., FISCHER, R. M. B. Foucault, um diálogo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, vol.29, n.1, p.7-25, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Definition of Palliative Care**. 2002.

Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 17 maio 2012.

APÊNDICE A – *Corpus de Análise*

AITKEN, E. V. P. Papel do assistente espiritual na equipe de cuidados paliativos. *In: Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 239 -240.

ALVARENGA, R. E. **Cuidados paliativos domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005.

BORNEMAN, T.; BROWN-SALTAZMAN, K. Meaning in illness. *In: FERRELL, B. R.; COYLE, N. Textbook of Palliative Nursing*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 605 – 615.

CAMPBELL, M. L. **Nurse to nurse**: cuidados paliativos em enfermagem. Porto Alegre: AMGH, 2011.

ELIAS, A. C. A. Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade para o alívio da dor simbólica da morte. *In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. Dor e cuidados paliativos*: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 333 – 346.

FITCH, M. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. *In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. Dor e cuidados paliativos*: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 67 – 85.

FORTE, D. N. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. *In: SANTOS, F. S. Cuidados Paliativos*: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 223 – 331.

KEMP, C. Spiritual Care Interventions. *In: FERRELL, B. R.; COYLE, N. Textbook of Palliative Nursing*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 595 – 604.

MACMILLAN, K.; PEDEN, J.; HOPKINSON, J.; HYCHA; D. **A Caregiver's Guide**: a handbook about end-of-life care. Ottawa: The Military and Hospitaller Order of St. Lazarus of Jerusalem e The Canadian Hospice Palliative Care Association, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Algumas reflexões sobre as implicações das experiências espirituais para a relação mente-corpo. *In: SANTOS, F. S. Cuidados Paliativos*: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 238 – 300.

SANTOS, F. S. Abordando a espiritualidade na prática clínica. *In: SANTOS, F. S. Cuidados Paliativos*: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 373 – 386.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. *In: SANTOS, F. S. Cuidados Paliativos*: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 269 – 282.

SAPORETTI, L. A.; SILVA, A. M. O. P. Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões. *In: Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 309 – 320.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Comunicação em Cuidados Paliativos. *In: Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 49 - 57.

SOUZA, J. L.; COSTA, S. M. M.; SALCEDO, E. A. C.; CAMY, L. F. S.; CARVALHO, F. L.; DUARTE, C. A. M.; PERINA, E. M.; DIAS, F. S. B.; BATISTA, P. M. C.; PETRECA, P. P. C.; FRESTON, Y. M. B. A família, a morte e a equipe: acolhimento no cuidado com a criança. *In: SANTOS, FS. Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 145 – 164.

TAYLOR, E. J. Spiritual Assessment. *In: FERREL, B. R.; COYLE, N. Textbook of Palliative Nursing*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 581 – 594.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta dos dados

Título do livro texto	Autores	Ano	Trechos significativos para o estudo

ANEXO – Carta de aprovação da COMPESQ/EEUFRGS

Projetos Page 1 of 1

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Maria Henriqueta Luce Kruse

Projeto Nº: 22673

Título: OS CUIDADOS PALIATIVOS: ANALISANDO DISCURSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Projeto aprovado após atenção às diligências.

https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ComissaoUnidade/forms/form_situaca... 15/05/2012