



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

CLÁUDIA DE BRITO AZEVEDO

***A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS
CUIDADOS PALIATIVOS***

RELATÓRIO

ÁREA CIENTÍFICA DE ONCOLOGIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL NASCIMENTO COSTA

DR. ÓSCAR VILÃO

MARÇO 2012

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Nascimento Costa, pelas suas pertinentes e eloquentes observações, críticas, estímulo e sugestões, quero manifestar a minha profunda e sincera gratidão.

Ao Dr. Óscar Vilão e à Dra. Florbela pela disponibilidade e solicitude, conducentes ao enriquecimento desta dissertação.

Aos amigos e familiares em sentido lato, pelas palavras de estímulo e confiança que sempre tiveram para comigo.

Aos meus pais, ao meu irmão e ao Ricardo pelo afecto, apoio incondicional e incentivo.

Resumo

Com os inúmeros avanços científicos e tecnológicos a que temos assistido, associados à melhoria das condições de vida, a longevidade das populações aumentou aliada ao prosperar das doenças crónicas. Porém, esse aumento de quantidade de vida nem sempre se igualou à qualidade oferecida, tendo sido negligenciadas as intervenções na saúde que fomentassem a dignidade no aproximar da morte. Como tal, surgiu a filosofia dos cuidados paliativos com vista a alterar a tendência desumanizante da medicina moderna. Estes cuidados defendem uma visão integral do doente, abordando todas as suas dimensões, nomeadamente física, social, psicológica e espiritual.

Assim, a espiritualidade é de grande importância no apoio aos doentes sobretudo em fases terminais a efectuar a sua última caminhada. A espiritualidade ajuda o doente a reconhecer a possibilidade de morte e a assumi-la como parte integrante da sua existência.

O objectivo deste trabalho é focar a importância da dimensão espiritual na abordagem holística do doente terminal, tendo para tal realizado três semanas de voluntariado no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG), de forma a conhecer a realidade vivida neste Serviço.

Palavras-chave: espiritualidade, cuidados paliativos, holismo.

Abstract

With all the last scientific and technological advances, associated with the improvement of living conditions, the longevity of populations and chronic diseases increased. However, the increase of longevity was not always linked to life quality and some health areas related to enhance the dignity in approaching death have been neglected. With this, the palliative care philosophy emerged in order to change the dehumanizing tendency of modern medicine. These new approach promote a holistic view of the patient, gathering all its dimensions, including physical, social, psychological and spiritual.

Thus, spirituality is of great importance in supporting the patients especially in the terminal stages in order to help them pass through their last journey. Spirituality helps the patient to recognize the possibility of death and embrace it as part of its existence.

The objective of this paper is to focus on the importance of spiritual dimension in the holistic approach of patient terminal ill and for that, three weeks of volunteering at the Department of Palliative Care of the Portuguese Institute of Oncology Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG) was performed with the purpose of living the reality of this service.

Keywords: spirituality, palliative care, holism.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Cuidados paliativos	1
O Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil.....	9
Caracterizações do Serviço	9
Instalações e estrutura física	9
Recursos humanos	10
Recursos materiais	11
Doentes admitidos	12
Organização do Serviço	14
Uma visão holística	17
A dimensão da espiritualidade no aproximar da morte.....	24
Comentário.....	35
Bibliografia.....	37

Cuidados paliativos

Os progressos tecnológicos e científicos observados no decorrer no século XX conduziram ao sucesso no tratamento de doenças agudas e infecciosas que, até então, eram causa de grande mortalidade. Os avanços da medicina associados à melhoria das condições de vida, nomeadamente a qualidade higiénico-sanitária, levaram a um aumento da longevidade da população e conseqüentemente à emergência de doenças crónicas (SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).

Assim, através dos inúmeros avanços tecnológicos e científicos, a medicina conseguiu transformar muitas doenças fatais em situações crónicas. Porém, nem sempre a qualidade de vida oferecida se igualava à quantidade atingida. O facto de se viver mais tempo não significou, necessariamente, que se passasse a morrer melhor, na medida em que, a luta intensa pela busca da cura, associada à sofisticação dos meios utilizados levou por parte dos profissionais a uma cultura de “negação da morte”, de “triumfalismo heróico sobre a mesma”, de “ilusão de pleno controlo sobre a doença”, negligenciando as intervenções na saúde que fomentassem a dignidade no aproximar da morte. Para muitos profissionais de saúde a morte passou a ser encarada como “derrota”, sendo responsável por sentimentos de grande frustração por parte destes, o que resultou numa desumanização dos cuidados prestados aos doentes (CLARK, 2002; SANTOS, 2009). Sobreveio uma “hospitalização” da doença terminal e da morte (APCP, 2012).

O modelo clássico da medicina focalizada na cura não se coaduna com as necessidades dos doentes incuráveis, cujas verdadeiras necessidades são tantas vezes subvalorizadas, com conseqüente desumanização dos cuidados prestados (APCP, 2012).

Como tal, com vista a alterar esta tendência desumanizante da medicina moderna, na década de 60, Cicely Saunders (1918-2005), enfermeira, assistente social e médica, difundiu pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar de pacientes fora da possibilidade de cura, focando o cuidado no indivíduo e não mais na doença. Fundou, em 1967, o *Saint Christopher's Hospice*, em Inglaterra, após ter constatado a extrema necessidade de se prestar cuidados específicos, rigorosos e de qualidade aos doentes incuráveis (PESSINI, 2005; SERRÃO, 2005; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010; APCP, 2012).

O seu trabalho gerou um movimento pioneiro conhecido ainda hoje por movimento *hospice* moderno, ampliando a palavra *hospice*, não apenas como um local onde se exerce a prática dos cuidados paliativos, mas como uma filosofia de trabalho, que se caracteriza por um programa de cuidados de suporte que ajuda pacientes e familiares durante o período da fase final da doença (SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010). Citando SAUNDERS (1996), “no cuidado no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte”. *Hospice* passou a representar um local que combinava a especificidade de um hospital e a hospitalidade de uma casa de repouso. Segundo SANTOS (2009), a essência dos cuidados paliativos deve fundamentar-se em amar, servir, cuidar e espiritualizar.

Assim, a medicina agressiva que se baseava apenas no curar passou também a valorizar o cuidar. Segundo SANTOS (2009), “Agora fazer o bem e promover o bem-estar adquire uma nova conotação e baseia-se no contacto entre dois seres humanos,

estando o médico despido de todas as defesas e convenções que o protegem. O seu papel passa de curar para cuidar. A consciência do pouco poder que temos frente à morte e da nossa restrita função como assistentes de uma pessoa doente é muito bem traduzida numa conhecida frase: curar, raramente; aliviar, frequentemente; mas confortar, sempre”.

Este projecto alertou para o sofrimento vivido pelos doentes com doenças em que a cura já não é uma realidade, para a necessidade de prestar cuidados específicos a estes indivíduos, bem como para a escassez de respostas por parte dos serviços de saúde (ACPC, 2012).

Este movimento foi posteriormente alargado ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente à restante Europa (APCP, 2012).

Em Portugal, os cuidados paliativos passaram a fazer parte do Serviço Nacional de Saúde em 2004.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 definiu Cuidados Paliativos como sendo “o cuidado activo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. O objectivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares” (PESSINI, 2005; SERRÃO, 2005; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).

Em 2002 a OMS redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos, realçando a necessidade de prevenção do sofrimento, “Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do

sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correcta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual” (PESSINI, 2005; SERRÃO, 2005; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).

Inicialmente, estes cuidados eram prestados apenas a doentes com patologias do foro oncológico em fase terminal. Com o decorrer do tempo, por questões de igualdade, justiça e acessibilidade, estes cuidados passaram também a incluir situações como insuficiências de órgão avançadas, SIDA em estágio terminal, demências em fase final, doenças neurológicas degenerativas, entre outras. Em suma, a disponibilização dos cuidados passou a ser baseada no sofrimento do doente e não no diagnóstico ou prognóstico da doença (PESSINI, 2005; BARBOSA e NETO, 2010; APCP, 2012).

De acordo com TWYXCROSS (1999) a filosofia dos cuidados paliativos rege-se pelos seguintes princípios:

- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal;
- Promovem a qualidade de vida, não antecipando nem adiando intencionalmente a morte;
- Proporcionam aos pacientes um controlo adequado da dor e de outros sinais e sintomas incómodos;
- Integram os aspectos psicológicos, sociais e espirituais dos cuidados, de modo a que os pacientes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva quanto possível;
- Respeito pela autonomia dos doentes, reconhecendo-lhes o direito de tomarem decisões baseadas no conhecimento e compreensão da sua situação, sendo estas respeitadas;

- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viverem tão activa e criativamente quanto possível;
- Oferecem um sistema de apoio às famílias durante a doença e o luto.

Citando TWYXCROSS (1999) “ Cuidados paliativos são os cuidados activos e totais dos pacientes e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta. (...) dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, se necessário, prolongam a sua acção até ao luto. (...) concentram-se no doente e não na doença. É seu objectivo proporcionar apoio e cuidados aos pacientes nas últimas fases da sua doença, de forma que possam viver de modo tão activo e confortável quanto possível ”.

Segundo BARBOSA e NETO (2010), são componentes essenciais dos cuidados paliativos a comunicação e o trabalho de equipa, de forma a alcançar o controlo sintomático e o alívio da dor sem negligenciar o apoio psicossocial e espiritual, sempre com base na esperança e honestidade, tendo como destinatário o doente e a sua família.



Figura 1: Componentes Essenciais dos Cuidados Paliativos (BARBOSA e NETO, 2010)

Os cuidados paliativos pretendem abolir a difundida ideia de que estes cuidados apenas se destinam aos doentes em que já nada há a fazer, pois há sempre algo a fazer por eles (SANTOS, 2009). Outro objectivo passa por ultrapassar a noção dicotómica, tão enraizada, que somente após o término das terapêuticas de índole curativa se recorre aos cuidados paliativos. Assim, hoje, defende-se que o melhor para as necessidades do doente e sua família passa pela transição gradual e colaboração entre os cuidados curativos e os de índole paliativa, devendo estes últimos ser iniciados o mais precocemente possível com vista à maximização da qualidade de vida do doente (TWYXCROSS, 1999; DOYLE et al, 2004; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).

Assim, o modelo seguinte é o actualmente preconizado nos cuidados paliativos:

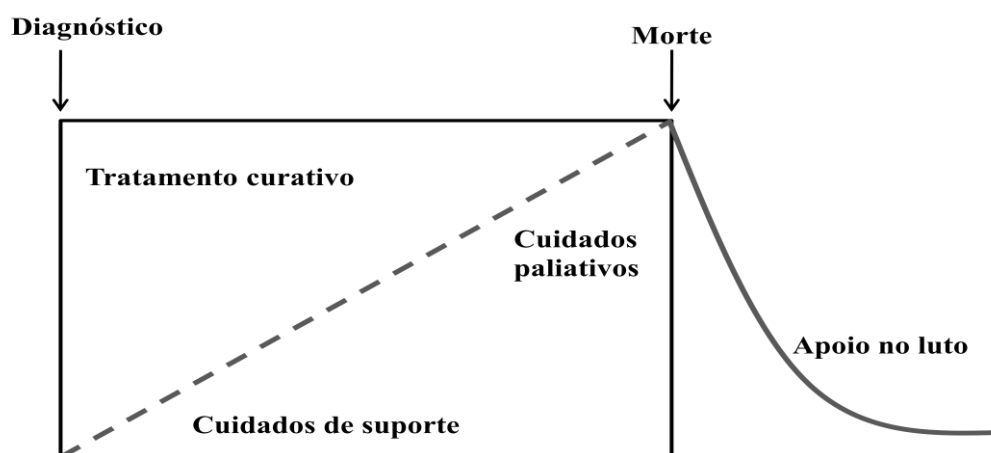


Figura 2: As relações temporais entre tratamento anticanceroso e cuidados paliativos (TWYXCROSS, 1999).

Presentemente, apesar da filosofia dos cuidados paliativos estar amplamente difundida, ainda existem grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados (SERRÃO, 2005; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010). A necessidade do incremento de cuidados qualificados é imperiosa, na medida em que, as doenças do foro oncológico são a segunda causa de morte em Portugal, com tendência para aumentar (APCP, 2012).

Assim é preciso ter bem patente que “os cuidados paliativos não são cuidados menores no sistema de saúde, não se resumem a uma intervenção caritativa bem-intencionada, (...) não restringem a sua aplicação aos moribundos nos últimos dias de vida. Os cuidados paliativos não são dispendiosos, não encarecem os gastos dos sistemas de saúde, e tendem mesmo a reduzi-los pela melhor racionalização dos meios” (APCP, 2012).

Os cuidados paliativos são a resolução digna dos problemas do final de vida, pelo que é indispensável torná-los ubíquos, em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada Homem. Os cuidados paliativos são um direito de todos nós. (SANTOS,2009;

APCP, 2012). Citando BARBOSA e NETO (2010), “na prática dos cuidados paliativos, o respeito pelo valor da vida humana e o alívio do sofrimento são valores inalienáveis, interdependentes e fundamentais”.

Não nos podemos esquecer que, apesar de todos os progressos da medicina, a morte é e continuará a ser uma certeza para todos os seres humanos – “ a morte não é, pois, uma possibilidade, algo de eventual, mas um facto inexorável da própria vida” (BARBOSA e NETO, 2010).

O Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Caracterização do Serviço

O Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG), inaugurado no dia 28 de Fevereiro de 2001, está localizado no 2º piso do edifício mais recentemente construído no campus hospitalar do IPOC. O acesso exterior ao Serviço faz-se através de elevador enquanto o acesso interno é feito por meio de elevador ou escada situada a poente do internamento.

Instalações e estrutura física

O Serviço é constituído por duas áreas: uma área destinada a Internamento de doentes e zonas de apoio e uma outra constituída por uma sala de espera, sala de reuniões e gabinetes médicos.

A área destinada ao Internamento é composta por:

- 10 Quartos individuais e 5 quartos duplos, todos equipados com casa de banho, televisão, telefone, sofá - cama (para o acompanhante), rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido;
- Casa de banho geral, munida com banheira de hidromassagem e chuveiro;
- Zona de sujos;

- Gabinete de enfermagem;
- Sala de trabalho de enfermagem;
- Copa e refeitório;
- Centro nevrálgico do Serviço, uma área polivalente, onde decorre a actividade da enfermeira chefe, secretaria clínica, assistente social, médicos e enfermeiros.

Este é um espaço é aberto fazendo a ligação entre a zona de Internamento e a outra área, funcionando também como Recepção do Serviço.

A outra área é constituída por :

- Salas de espera, uma mais ampla preparada com televisão e sofás, e duas mais isoladas utilizadas nas situações em que é necessário uma conversa mais privada com os familiares, proporcionando assim um ambiente mais íntimo;
- Sala de reuniões;
- 2 Gabinetes médicos;
- 3 Casas de banho, com vestiário e equipadas com chuveiro.

Todos os compartimentos recebem luz natural e possuem sistema de ar condicionado. Na sua decoração foram utilizados materiais de boa qualidade, confortáveis, com cores e complementos decorativos que proporcionam um ambiente familiar e acolhedor.

Recursos humanos

O Serviço tem uma equipa constituída por:

- 5 Médicos de Medicina Interna, a meio tempo, que repartem o horário de trabalho entre a Medicina Interna e os Cuidados Paliativos. Um destes exerce as funções de Director de Serviço;
- 21 Enfermeiros sendo 1 Enfermeira Chefe;
- 14 Auxiliares de Acção Médica;
- 1 Secretária Clínica;
- 1 Assistente Social.

Diariamente, cooperam também com este Serviço, em regime de tempo parcial alargado, 1 Psicóloga Clínica, 1 Capelão (padre franciscano) e 2 Nutricionistas.

Recursos materiais

O Serviço dos Cuidados Paliativos do IPOCFG é uma unidade de Internamento moderna preparada com todos os equipamentos necessários para proporcionar os cuidados e o conforto essenciais aos doentes e seus familiares.

O Serviço possui material de consumo clínico suficiente para as necessidades.

Esta Unidade está equipada com roupa de cama própria e, portanto, com um padrão diferente dos outros Serviços do IPOC. Todos os quartos estão equipados com camas articuladas com comando eléctrico e colchões anti-escara, armário individual, banquetas para os pés, cadeira de braços rodadas com suporte de cabeça e superfície de trabalho amovíveis, mesa de cabeceira, uma mesa de refeição rebatível e um sofá-cama para os acompanhantes.

Doentes admitidos

Os doentes admitidos neste Serviço são provenientes de outros Serviços do IPOC, da Consulta Externa, dos hospitais da sua área de abrangência e do domicílio. Os pacientes são admitidos obedecendo a determinados critérios e mediante Proposta de Admissão escrita.

A admissão é feita por uma Comissão que analisa as Propostas apresentadas sendo esta constituída por:

- Médico, Director do Serviço ou colega em quem o delegar.
- Enfermeira(o) Chefe ou quem o(a) substitua.
- Assistente Social.

É de notar que esta Comissão reúne diariamente.

São critérios de admissão de doentes no Serviço dos Cuidados Paliativos do IPOCFG:

- Serem portadores de doença do foro oncológico, considerada em Consulta de Decisão Terapêutica ou pelo Serviço, incontrolável por tratamento específico ou por recusarem os tratamentos oncológicos a que foram propostos;
- Aceitarem ser admitidos, após informação detalhada sobre a natureza do Serviço.
- Expectativa de vida superior a 7 dias e inferior a 6 meses.

A comissão poderá permitir a admissão em outras situações excepcionais. Em caso de discordância entre os membros da Comissão, a decisão final é sempre imputada ao Director do Serviço.

É de notar que o Serviço se rege por determinados princípios, de maneira a evitar a degradação e o desvirtuamento da finalidade do Internamento nos Cuidados Paliativos, nomeadamente:

- Não deverá ser utilizado para internamento de recurso de doentes que pertençam a outros Serviços;
- Não aceitam internamentos de urgência;
- Protelam transferências com carácter de urgência (no entanto, tentar-se-á que o pedido seja considerado dentro de 24 a 48 horas);
- Só serão internados doentes previamente admitidos pela Comissão de Admissão. Caso exista lista de espera, a prioridade de internamento será estabelecida pelo Serviço. Doentes com graves alterações da consciência ou em coma, que não possibilitem qualquer relação, não terão prioridade de admissão;
- Enquanto aguardam internamento no Serviço dos Cuidados Paliativos, o tratamento de doentes internados noutros Serviços do IPOC, poderá ser realizado com o apoio dos médicos dos Cuidados Paliativos, porém a responsabilidade pelo seu tratamento continuará a ser do Serviço onde o doente se encontra internado.

Organização do Serviço

O Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e garante o apoio telefónico 24 horas por dia através de uma linha directa, a doentes, familiares e profissionais.

A articulação com os outros Serviços processa-se através de dois tipos de Consulta, Interna e Externa. A Interna é uma consulta diária em que um dos médicos do Serviço se desloca ao Internamento para observar os doentes cujo pedido de admissão no SCP foi solicitado. A Externa realiza-se em 5 períodos semanais (1 período/médico/semana), das 9 às 13 horas, destinando-se ao acompanhamento de doentes previamente admitidos no Serviço.

No que respeita à articulação com os Cuidados Domiciliários, o IPOC publicitou, através dos meios regionais de comunicação social, a criação e abertura desta Unidade de Internamento. Deu também especial atenção à sua divulgação junto dos Centros de Saúde e da Liga Portuguesa Contra o Cancro com a finalidade de dar a conhecer o Serviço, os seus objectivos, as vertentes de desenvolvimento e o seu funcionamento. É intenção deste Serviço formar equipas de trabalho com os Centros de Saúde e a Liga para, em conjunto, assegurarem no domicílio a continuidade assistencial aos doentes do IPOC residentes na Região Centro do País.

O método de organização de trabalho utilizado é o individual. O número de Enfermeiros por turno é de 3 + 1 Enfermeira Chefe no turno da manhã e 2 Enfermeiros nos turnos da tarde e noite.

A equipa de Auxiliares de Acção Médica é constituída por 12 elementos, estando distribuídos da seguinte forma: no turno da manhã encontram-se 3 profissionais, sendo um apenas destinado às actividades ligadas às refeições dos doentes (copa). No turno da tarde estão presentes 2 Auxiliares e no turno da noite apenas um.

A equipa médica do Serviço é constituída por 5 elementos que trabalham igualmente na Medicina Interna, sendo que, dois deles, estarão normalmente presentes nos Cuidados Paliativos. Os doentes a internar são distribuídos pelos quartos vagos atribuídos a cada Médico, fazendo-se um esforço para que o seguimento durante o internamento seja feito pelo Médico que já seguia o doente em Consulta Externa, pois este terá melhor conhecimento da situação/evolução clínica do mesmo.

A prescrição farmacológica é efectuada electronicamente, sendo da responsabilidade do clínico. Porém, existem Protocolos de Actuação Terapêutica para situações específicas, mediante os quais o Enfermeiro poderá actuar, nomeadamente para as situações de Febre, Agitação Severa, Hiperglicemia, Estertor, Vómitos, Convulsões, Hemorragias Massivas, Dispneia Aguda (de causa não obstrutiva) e Dor Intensa. Esta forma de actuação tem como finalidade controlar e minorar as flutuações da sintomatologia no doente em fase terminal. No entanto, quando ocorrem situações não previstas nos protocolos terapêuticos, as prescrições deverão ser realizadas pelos Médicos de Serviço ao Hospital em presença física.

O Serviço dispõe de um stock mínimo de fármacos como meio de recurso. A única excepção a esta regra consiste na existência de um stock fixo de estupefacientes de acordo com as regras de segurança aprovadas e a vigorarem no IPOCFG.

Os materiais de consumo clínico, farmacêutico, administrativo, hoteleiro e alimentar são requisitados pela Enfermeira Chefe, em dias estipulados para o efeito.

O material de esterilização, de reposição diária, é da responsabilidade do Serviço de Esterilização, embora exista material próprio dos Cuidados Paliativos em quantidade pré-estabelecida pelo responsável do Serviço.

O Serviço possui roupa própria que é lavada numa empresa em regime de prestação de serviços.

O Serviço faz uso de um carro de emergência, equipado com desfibrilhador, entre outros. É de notar que todos os médicos do Serviço têm formação em Suporte Avançado de Vida.

Uma visão holística

A palavra “holismo” vem do grego “holos” que significa “todo”, remetendo-nos para a ideia de que o Homem é mais do que a soma das partes (LOURENÇO, 2004).

Segundo GRIFFIN (1994), “o holismo é um ideal que combate a fragmentação”.

O Ser Humano não é apenas uma mente e um corpo em duas realidades distintas, mas sim a sua interligação na forma mais completa e única. Citando CORETH (1998), “a alma e o corpo não são duas substâncias separadas, mas sim dois princípios internos constitutivos que, unidos substancialmente, formam a substância total do único e mesmo homem completo”. Assim, as dualidades mente/corpo, espírito/ matéria estão intrínsecamente ligadas, não sendo possível a sua separação (LOURENÇO, 2004). De acordo com NOGARE (1985), “no homem, a matéria espiritualiza-se e o espírito materializa-se, de tal forma que constituem um único ser”.

O Homem é um ser único e complexo que deve ser considerado como um todo, não se podendo, portanto, separar os componentes físico, psicológico, social e espiritual da sua saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2012).

Com tudo isto entendemos que os doentes necessitam de cuidados de carácter holístico, ou seja, cuidados que visam tratar o doente como um todo, não negligenciando os diversos componentes constituintes da singularidade humana.

Porém, a modernização da medicina acarretou uma desvalorização destes cuidados, na medida em que o que hoje se observa é uma constante especialização e subespecialização dos cuidados, com conseqüente valorização da parte e esquecimento do todo (LOURENÇO, 2004). Os progressos técnicos e científicos culminaram na busca incessante, por parte dos profissionais, do curar, descurando o cuidar. Apesar da valorização do componente física, há, já alguma preocupação em valorizar a parte psicológica, porém, a vertente espiritual perdura esquecida. Segundo PESSINI (2002), “com o fantástico progresso da medicina *high tech*, chegou-se à ilusão de pensar que a gestão técnica da dor seria a solução”. É também de notar a falta de preparação a nível académico e profissional que levam a que o doente não seja visto nem tratado de uma forma holística. É importante referir que “o holismo não rejeita a tecnologia, actua em conjunto com ela” (LOURENÇO, 2004), aliando a competência técnico-científica e o humanismo (PESSINI, 2002).

“Os cuidados holísticos incluem o respeito pela pessoa, a abertura e receptividade, a reflexão e a visão global, sendo estes os valores e capacidades que ajudam o doente num momento de fragilidade e humilhação como é a doença” (LOURENÇO, 2004).

Assim, perante uma doença terminal, perante a finitude da vida, esta última caminhada do doente é marcada pela dor a vários níveis, não só físico mas também, e não menos importante, social, psicológico e espiritual.

Foi Cicely Saunders, assistente social, enfermeira, médica britânica e fundadora do movimento *hospice* que, ao prestar cuidados aos moribundos, nos últimos meses de vida, se apercebeu que as necessidades destes não se baseiam apenas no alívio do sofrimento físico, mas também do sofrimento psicológico, social e espiritual. Cunhou

assim conceito de “dor total” (PESSINI, 2002; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010). SAUNDERS (1992) escreveu: “Eu percebi que nós não precisamos somente de um melhor controlo da dor, mas um melhor cuidado geral. (...) Eu cunhei o termo “dor total” a partir do meu entendimento que, as pessoas moribundas têm dor física, psicológica, social e espiritual que devem ser tratadas e eu tenho trabalhado com esse conceito desde então”.

As dimensões do sofrimento na experiência do morrer:

- A dimensão física deve ser entendida, não apenas como o sintoma da dor *per si*, mas como todos os sintomas que levam ao desconforto, a limitações funcionais e à conseqüente perda da qualidade de vida dos doentes. Os profissionais de saúde desfrutam de inúmeras armas terapêuticas eficazes no controle a curto prazo desses sintomas (SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).
- A dimensão psicológica é marcada por sentimentos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, irritabilidade, culpa, desesperança, impotência e de luto antecipatório. É frequente o desejo de morrer e até mesmo de ideação suicidária. Não é fácil desmistificar esta vertente do sofrimento exigindo por parte dos profissionais uma enorme atenção e dedicação (PESSINI, 2002; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).
- A dimensão social é marcada pelo isolamento pessoal e social, criada pela dificuldade de comunicação e interação inerentes ao processo de morrer. O doente abre mão dos seus papéis sociais, familiares e profissionais, podendo daí advir dificuldades económicas Não é raro o doente sentir-se um fardo para aqueles que o rodeiam (PESSINI, 2002; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).

- A dimensão espiritual reporta-se a sentimentos de perda de significância e sentido existenciais, bem como a sentimentos de não realização pessoal e de não confiança na transcendência (PESSINI, 2002; BARBOSA e NETO, 2010). É também de referir que todas as vertentes do sofrimento supracitadas se repercutem na dimensão espiritual. Segundo SANTOS (2009), “ a dor espiritual é a maior de todas as dores e, por incrível que pareça, a que menos conhecemos e na que menos intervimos”.



Figura 3. Dimensões do sofrimento na experiência do morrer (SANTOS, 2009).

Física	Dor e outros sintomas, limitações funcionais e físicas
Psicológica	Ansiedade, luto antecipatório, medo, depressão, negação, impotência, isolamento psíquico, dependência e perda de autonomia
Social	Isolamento social e pessoal, dependência, apoios, família e questões económicas
Espiritual	Propósitos e significados, relações com Deus e a transcendência, busca por um significado último, amor, afectos, esperança, reconciliação

Tabela 1. Componentes da dor total (SANTOS, 2009).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor, em 1979, definiu dor como “uma experiência desagradável, associada com dano potencial ou actual de tecidos, descrita em termos de tais danos”. Já em 1986, redefiniu este conceito como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descritas em termos de tais lesões” (PESSINI, 2002; BARBOSA e NETO, 2010).

Perante a inevitabilidade da morte, o doente é assombrado por sentimentos de angústia, vulnerabilidade, de ameaça à integridade do eu e à sua continuidade existencial, associados ainda a um sentimento de impotência para fazer frente a esta ameaça, face ao esgotamento dos recursos (PESSINI, 2002; BARBOSA e NETO, 2010). Não nos podemos esquecer que a intensidade do sofrimento é uma realidade marcada pela unicidade e complexidade própria de cada doente face aos seus valores, crenças, vivências e recursos. Eleva-se assim o conceito de Pessoa Total, inseparável do conceito de sofrimento (BARBOSA e NETO, 2010). Segundo CASSELL (2004), “os corpos não sofrem, só as pessoas como seres totais sofrem”.

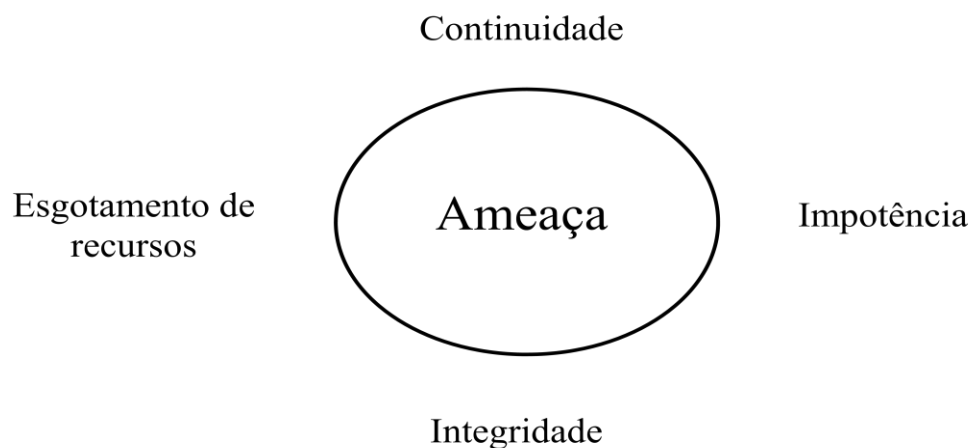


Figura 4: Fundamentos do Sofrimento (BARBOSA e NETO, 2010).

É de notar que, de indivíduo para indivíduo, são diferentes as estratégias adaptativas face à finitude da vida. Perante tal ameaça muitos dos doentes caem no chamado desespero existencial, marcado pelo medo, insegurança e o evitamento face à ameaça de desintegração do eu, associado a sentimentos de desmoralização e resignação (BARBOSA e NETO, 2010).

A medicina tem assim evoluído no sentido de compreender e abordar o doente como um todo, baseando-se a sua actuação no modelo da salutogénese, relegando para segundo plano o modelo anteriormente preconizado, centrado unicamente na patogénese (BARBOSA e NETO, 2010).

Assim, os profissionais de saúde devem ajudar o doente a percorrer esta última caminhada de uma forma serena e tão completa quanto possível. Devem ser capazes de identificar o sofrimento global, ajudando o doente a reencontrar um significado como pessoa total, tendo como objectivo final a superação existencial deste. Tal só pode ser

conseguido com base numa relação humana sensível, próxima e personalizada, ou seja, marcada pela compaixão pelo outro.

Segundo BARBOSA e NETO (2010), é necessário consciencializarmo-nos para “a necessidade de particularização/personalização dos cuidados que atenda a pessoa doente como um todo, porque é esse todo que claudica e a pessoa total que sofre”.

A dimensão da espiritualidade no aproximar da morte

Hodiernamente, cada vez mais, tentamos protelar a inevitabilidade da morte que, sempre fez e fará parte da nossa existência.

“Vida e morte estão intimamente entrelaçadas, conscientemente unidas uma com a outra, não apenas nas culturas primitivas, mas em todas as civilizações, menos na civilização industrial em que estamos imersos” (LEPARGNEUR, 1986). Esta afirmação feita em meados da década de 1980, retrata a situação hoje vivida, na medida em que a morte não é vista como um processo natural.

Com os progressos tecnológicos e científicos alcançados no último século, juntamente com a melhoria das condições de vida, ocorreu um claro aumento da longevidade associado ao prosperar das doenças crónicas, onde o propósito da cura deixou de ser realista. Este aperfeiçoamento da medicina veio direccionar os cuidados para a cura, negligenciando as necessidades dos doentes e suas famílias, gerando sentimentos de fracasso e de negação da morte perante a incurabilidade da doença e a eminência da morte (CLARK, 2002; SANTOS, 2009; BARBOSA e NETO, 2010).

A consciência de que estamos de passagem e da efemeridade da vida humana é imensamente complexa pois vivemos na era do progresso, na era da longevidade onde a juventude é enaltecida. Presentemente, “valoriza-se muito o que é exterior, e esta sobrevalorização logra a espiritualidade, a visão espiritual faz-nos compreender que com os anos, o corpo diminui de capacidade e esquecemo-nos que a alma caminha em direcção oposta” (SERRALHEIRO, 1993).

Para o ser humano encontrar o seu eu mais íntimo, alcançando a serenidade e a paz, tem de reconhecer a fatalidade da morte e assumi-la como parte integrante da sua existência. “Conceber a morte como parte fundamental do seu ser, compreender a possibilidade inegável da impossibilidade da existência enquanto tal. Porém, tomar consciência da possibilidade da morte não deixa o Homem inerte, imóvel e sem menor perspectiva de realização. É justamente o contrário. Abre-o à sua temporalidade e mostra a importância de uma existência autêntica e realizada” (MARTINS, 2007).

Segundo ALVES (2003), “a morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por trás”.

A morte, a passagem do finito para o infinito, é bastante mais difícil para aqueles que nunca reflectiram sobre o fim da vida e a inevitabilidade da morte. Vivemos numa sociedade demasiado materialista e consumista onde grande parte dos indivíduos não tem tempo para reflectir sobre essas questões (LOURENÇO, 2004; SANTOS, 2009). Citando CLERC (1993), “a sua vida cristã e espiritual encontra-se como que asfixiada sob o peso das ocupações e preocupações puramente materiais e egoístas”.

Uma das condições próprias e inerentes ao Ser Humano é a busca contínua de um sentido para a sua existência, bem como de respostas convincentes para o significado da vida, da morte e dos acontecimentos que marcam a sua vivência. Com o aproximar do fim, ao enfrentar o termo da nossa existência, essas questões tão fundamentais como naturais, intensificam-se, e a procura de um sentido para a vida torna-se incessante. Citando MARTINS (2007), “o mundo recebe o Homem e não se preocupa com ele, é somente um ente lançado na existência num lugar nada amistoso, porém não é possível existir fora do mundo”. O desafio é, então, encontrar a forma para que a sua existência tenha significado (GOMES, 2011).

Com o aproximar do último porto, o receio da morte, da dor e do sofrimento, fazem reemergir as questões fundamentais que marcaram a sua existência. Esse processo pode eventualmente causar ansiedade, medo, angústia e desespero existencial, mas, quando ultrapassado, pode conduzir a um estado de serenidade, paz e bem-estar espiritual culminando no encontro do eu mais íntimo. De acordo com SANTOS (2009), “a finitude leva o espírito humano à sua essência, a transcender”.

Assim, perante o fim, a espiritualidade tem sido um ponto fulcral, de extrema importância, de ajuda aos doentes, sobretudo em fases terminais, a efectuar a sua última caminhada de forma serena, em paz consigo e com o mundo.

De acordo com LOURENÇO (2004), espiritualidade é “algo que dá sentido à vida, que nos satisfaz e encoraja no dia-a-dia a encarar contratemplos e as vicissitudes terrenas. Ajuda-nos a respeitar o próximo, a entendê-lo, mesmo que achemos que ele seja incorrecto, e mesmo procurar orientá-lo no bom caminho, a viver cada dia com o máximo de esperança e felicidade possíveis, durante a nossa passagem na terra; (...) é uma força invisível essencial nas nossas vidas, trazendo um sentido de continuidade e significação para a nossa existência”.

A espiritualidade pode ser definida como uma tendência natural do Ser Humano em procurar um sentido para a vida através de juízos que ultrapassam o palpável: um sentido de ligação a algo superior, podendo incluir ou não uma participação religiosa formal (SAAD et al., 2001; VOLCAN, 2003).

Os termos espiritualidade e religiosidade são, muitas vezes, aplicados indiferenciadamente e, apesar de intimamente interligados não significam o mesmo, daí a necessidade de clarificar estes dois conceitos.

A palavra religião que provém do latim “religar”, ligar ou pôr em conjunto, significa o culto e a doutrina compartilhados por um grupo com o propósito de declarar a fé a uma divindade, estabelecendo um código de conduta para o comportamento do Homem. A religião é vivida através de práticas religiosas, nomeadamente orações, meditação, leitura de livros de carácter religioso, voluntariado (BARBOSA e NETO, 2010).

A palavra espiritual deriva do latim “spiritus” e simboliza a respiração, vento, “o espírito que dá vida à pessoa”. Deste conceito faz parte a consciência de um eu mais íntimo e um sentimento de ligação a uma entidade superior (BARBOSA e NETO, 2010). A espiritualidade é a alusão a um poder superior, a uma força que se torna numa fonte de ajuda, que proporciona uma resiliência, na presença de factores e condições adversas, ultrapassando a experiência imediata e restabelecendo a esperança (BARBOSA e NETO, 2010; SILVA, 2011). Está intimamente ligada a questões existenciais, do significado e propósito da vida, acreditando em ideias do foro espiritual para explicar o porquê da sua existência (SAAD et al., 2001; POWELL et al., 2003). Citando LOURENÇO (2004), “espiritualidade é diferente de religião, é algo mais profundo, é um sentimento profundo de integração de valores”.

A espiritualidade faz parte da condição humana, sendo descoberta à luz das experiências e descobertas de cada um. É marcada por uma unicidade incomparável, podendo ser reconhecida como propósito de vida, forma de autoconhecimento, ligação a algo superior, entre outras (SILVA, 2011).

Com tudo isto, podemos afirmar que o Homem em toda a sua plenitude, é um ser de necessidades espirituais, seja a necessidade de encontrar respostas para a sua existência, para o sentido e valor da sua vida, a necessidade de amor e de relacionamento com os outros, ou de perdão e esperança (LOURENÇO, 2004;

BARBOSA e NETO, 2010). Segundo BOLANDER (1999), estas necessidades são “as variáveis que nos inspiram para transcendermos o mundo material”.

A realização dessas necessidades espirituais é por uns conseguida através de práticas religiosas, por outros através do contacto com a natureza, das relações com os outros ou mesmo através da música, da leitura, da pintura ou de outras formas de arte (TWYXCROSS, 1999).

Quando as referidas necessidades espirituais, próprias de cada um, não são alcançadas, o Ser Humano cai no designado sofrimento existencial, marcado por mecanismos de clivagem do eu, isolamento da comunidade humana e separação com o transcendente, manifestando-se sobretudo por sentimentos de culpa, medo e isolamento, descontrolo e desespero e, por último, vazio existencial (BARBOSA e NETO, 2010).

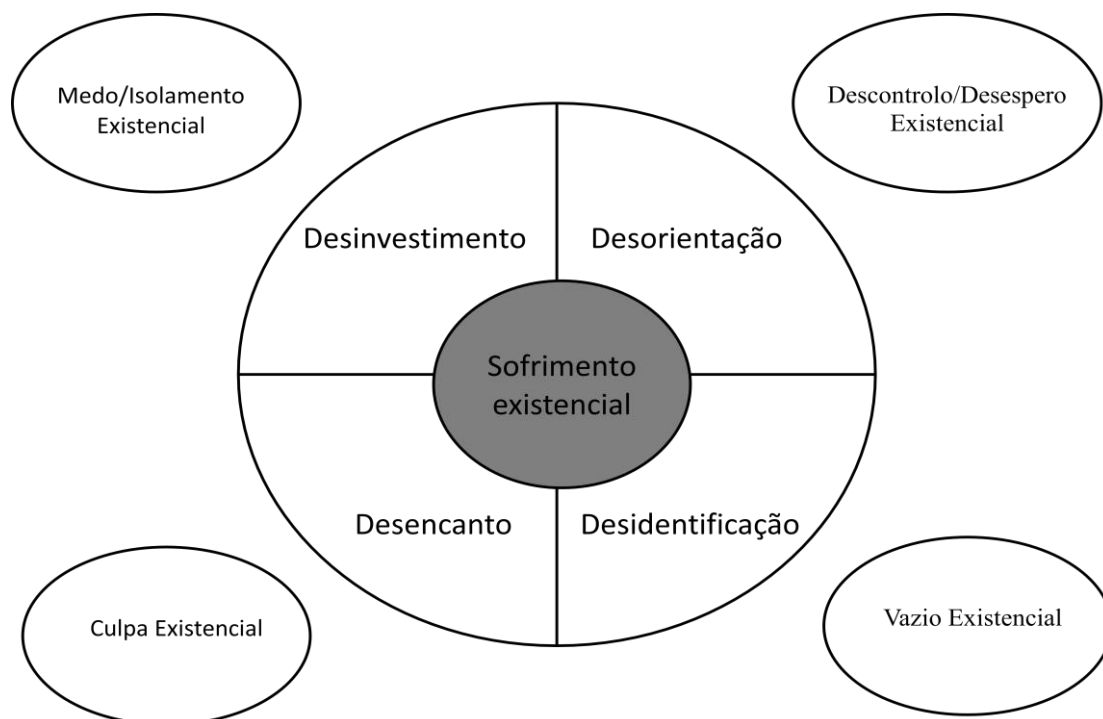


Figura 5: Determinantes e modalidades de sofrimento espiritual (BARBOSA e NETO, 2010).

Explicitando melhor os conceitos apresentados no esquema anterior:

- “Culpa existencial, culpa ou vergonha penetrante corrosiva, pode fundamentar-se em comportamentos ou intenções e estar associada a crenças religiosas”. Alguns doentes acreditam no poder redentor do sofrimento e, portanto, o facto de persistirem com alguma dor alivia-lhes o sofrimento existencial vivido. O profissional de saúde deve respeitar as crenças do doente e procurar o apoio de um orientador religioso de forma a ajudar o doente a encontrar formas alternativas de reconciliação (BARBOSA e NETO, 2010). Não é raro o doente

culpabilizar-se pela dependência em relação aos outros, sentindo-se um fardo para aqueles que o rodeiam.

- “O isolamento existencial é um vale de solidão a que se chega de várias formas. A confrontação com a morte e com a liberdade leva inevitavelmente o indivíduo para esse vale” (YALOM, 1980). Refere-se a um sentimento de distância, de não conhecimento do outro, para com qualquer outro Ser Humano, que se manifesta usualmente em alturas de mudança, mais propriamente em períodos de transição da vida (BARBOSA e NETO, 2010). Este isolamento também é despoletado pela dificuldade de comunicação sentida no processo do morrer (PESSINI, 2002).
- O vazio existencial é experienciado pelo Homem ao longo da vida porém, no aproximar da morte, este sentimento intensifica-se, tal como todas as questões existenciais que marcam a condição humana. Fundamenta-se na não realização pessoal, na falta de objectivos, na perda da fé e no questionar das crenças até então aceites (BARBOSA e NETO, 2010).
- Desespero existencial surge frequentemente quando o fim se aproxima, resultando da perda de significado, sentido e esperança. É o “doer a alma” (PESSINI, 2002). Com a realização da mortalidade há um reemergir das questões existenciais, de sentido e significado da vida e da morte, associadas a sentimentos de impotência, perda de sentido, desilusão, futilidade, remorso, medo da morte, culminando em estados de resignação e capitulação (BARBOSA e NETO, 2010). Quando o Ser Humano não alcança essas respostas tão ansiadas, não atinge a serenidade e plenitude ou o crescimento interior tão desejado, acaba por mergulhar no designado desespero existencial. “Entender a vida e decifrá-la

é tarefa das mais difíceis uma vez que a humanização precisa ser sentida e percebida” (GOMES, 2011).

Na fase terminal de uma doença, a saúde poderá ser entendida não como a ausência daquela, mas sim como o encontrar de um novo sentido para a restante vida. Este novo sentido passa pela compreensão de que todo o Homem tem um papel e um fim exclusivos, aliados à responsabilidade de viverem a vida tão plenamente quanto possível. Só assim, será possível alcançar a plenitude, o bem-estar espiritual e até mesmo a transcendência (WEBB, 2000).

Assim, perante uma doença crónica, somos desafiados a mudar-nos a nós próprios, a “transformar uma tragédia pessoal num triunfo pessoal” pois, “o que destrói o Homem não é o sofrimento, é o sofrimento sem sentido” (FRANKL, 1984).

De acordo com PESSINI (2002), uma abordagem holística é impreterível pois “o ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva da fé em valores humanos”.

Os profissionais de saúde devem estar preparados e dispostos a tratar o doente como um todo, abordando todas as dimensões causadoras do sofrimento, não negligenciando a dimensão espiritual como, até então, tem acontecido frequentemente. Segundo SANTOS (2009), “observamos um completo despreparo técnico, psicológico, existencial e espiritual dos profissionais da área da saúde em abordar o processo do morrer e as necessidades existenciais/espirituais dos pacientes e seus familiares”.

Os profissionais devem ser capazes de reconhecer precocemente a inquietude espiritual, colher as narrativas pessoais, conduzindo a sua análise e reflexão, de forma a facilitar todo o processo de transformação, numa atitude de atenção, entrega e

compaixão. O prestador de cuidados de saúde “ pode constituir-se num companheiro precioso numa atribulada viagem de transformação constante da esperança perante as vicissitudes da doença” (BARBOSA e NETO, 2010).

É essencial na abordagem do paciente terminal, o saber escutar. O profissional deve-se mostrar disponível para ouvir e compreender o doente, de forma a prestar todo o apoio emocional e espiritual, tão importantes neste aproximar do fim.

O sofrimento espiritual nem sempre é facilmente percebido pelos profissionais de saúde, pois é uma área que requer uma grande sensibilidade e formação específica por parte destes. É importante que os profissionais compreendam as principais religiões, respeitando sempre os rituais e cultos próprios de cada crença (LOURENÇO, 2004; SANTOS, 2009). Para que estes sejam postos em prática é fundamental que “o profissional de saúde tenha a sua própria espiritualidade para aceitar a do outro. Ou, mesmo não a tendo, é necessário conhecê-la e entender a espiritualidade humana” (LOURENÇO, 2004). SANTOS (2009), aponta como obstáculos na abordagem da vertente espiritual, por um lado, a falta de conhecimento dos profissionais neste âmbito e, por outro, a ignorância do doente relativamente à sua finitude.

É imperiosa a necessidade de formação académica dos profissionais de saúde, de modo a progredirem na forma de comunicação e de relacionamento interpessoal, aprendendo a respeitar e valorizar o outro enquanto Ser Humano, abordando todas as vertentes possíveis causadoras de sofrimento (LOURENÇO, 2004). Portanto, a formação médica não se deve focar exclusivamente no “salvar e curar como um Deus” mas também no curar, encarando o doente como “ humano e mortal”, tratando o doente e não a doença (SANTOS, 2009). É indispensável uma visão holística do doente.

Ao avizinhar-se a morte, mais do que nunca, é impreterível alcançar o estado de bem-estar espiritual que passa pela descoberta de uma nova esperança, uma nova confiança, uma nova relação, passa por descobrir um novo eu.

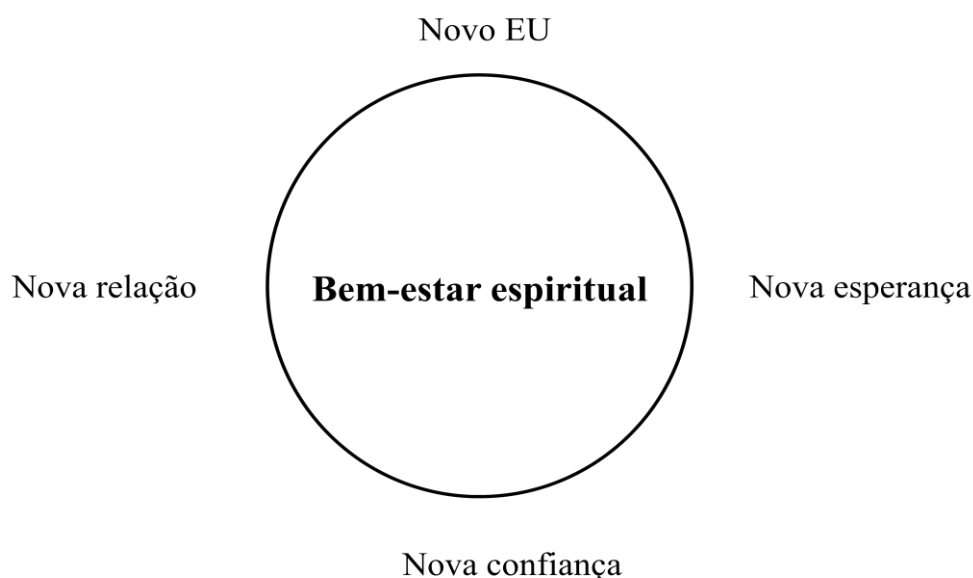


Figura 6: O bem-estar espiritual (BARBOSA e NETO, 2010).

É também de realçar o facto de o bem-estar espiritual estar associado a índices mais baixos no que toca à depressão, ao desejo de morrer, ideação suicida e sentimentos de desesperança em doentes em fim de vida (SANTOS, 2009).

“A espiritualidade deve ser considerada ao lidar com pacientes terminais, pois somente a fé responde ao que é absurdo à ciência. A certeza da fé vai além dos limites da racionalidade” (MARTINS, 2007).

No último século assistimos a uma evolução impetuosa na medicina, de forma a alcançar o seu último e tão aspirado propósito, a transcendência da morte. Foi então compreendido que “transcender a morte não é eliminá-la, mas dar-lhe a dignidade merecida”. Nasce assim a filosofia dos cuidados paliativos que têm como finalidade a

“manutenção da integridade do ser humano diante da possibilidade da desintegração final” (SANTOS, 2009).

“A essência dos cuidados paliativos é espiritual, pois ousa transcender o sofrimento humano e a morte dando-lhe um significado. Enquanto houver significado na experiência humana há esperança” (SANTOS, 2009).

Termino com uma citação de autoria desconhecida, que do meu ponto de vista é a que melhor retrata a filosofia dos cuidados paliativos. “*Medicus Quandoque Sanat, Saepe Lenit et Semper Solatium Est*” que significa, “curar algumas vezes, aliviar o sofrimento sempre que possível, confortar sempre” (SANTOS, 2009).

Comentário

No âmbito deste trabalho, considerando este tema tão importante e, paralelamente, tão pouco abordado, decidi escrever sobre ele. De forma a absorver verdadeiramente a realidade vivida pelos doentes dos cuidados paliativos, realizei três semanas de voluntariado no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG). Este projecto contribuiu também para a minha realização pessoal, na medida em que procurei combater a tendência natural do ser humano em não querer ver, saber, participar em realidades tristes, dolorosas e feias que provocam um constante desassossego e inquietude da consciência e do coração.

Após ter contactado com vários profissionais e com inúmeros doentes e respectivas histórias de vida, creio ser realmente necessário um apelo à consciencialização dos profissionais para que os cuidados espirituais deixem de fazer parte, apenas de uma definição teórica dos Cuidados Paliativos, e sejam então definitivamente postos em prática. Após várias conversas com diversos profissionais (médicos, enfermeiros, capelão) todos concordaram com a grande importância de se prestarem esses cuidados aos doentes, tendo sido também unânime a negligência que tem ocorrido. Quando questionados acerca de possíveis razões para tal acontecer, apontaram a falta de tempo e a falta de formação aliadas ao facto de grande parte dos profissionais não conhecerem bem as suas próprias convicções espirituais ou existenciais. Na verdade não fiquei surpreendida ao constatar que o apoio espiritual está ainda longe de ser uma realidade, pois, efectivamente, durante a formação académica, as áreas da comunicação e relacionamento interpessoal são em grande parte descuradas.

No que aos doentes diz respeito, a grande maioria não diferencia religião de espiritualidade, no entanto todos demonstraram o desejo de ver em este tema mais frequentemente abordado.

Ao finalizar o meu trabalho, e perante todas as incertezas com as quais fui confrontada, é minha sincera opinião de que o fundamental é, hoje, e com certeza continuará a ser saber ouvir, mesmo quando não se sabe o que dizer, o mais importante é estar ao lado do doente, com uma atitude de entrega e compaixão.

“A dor espiritual é a maior de todas as dores e, por incrível que pareça, a que menos conhecemos e na que menos intervimos” (SANTOS, 2009).

Bibliografia

Alves, R. (2003). O médico. Campinas: Papyrus.

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Disponível em <http://www.apcp.com.pt>. Acesso em 8 Março 2012.

Barbosa, A., Neto, I.G. (2010). Manual de Cuidados Paliativos, 2.^aed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bolander, V.R. (1999). Luckmann e Sorensen-Enfermagem fundamental-abordagem psicofisiológica, 3.^aed em ingles e 1.^aed em português. Lisboa, Lusodidacta.

Cassel, E.J. (2004). The nature of suffering and the goals of medicine, 2nd ed. New York: Oxford University Press.

Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. British Medical Journal 324: 905-907.

Clerc , E. (1993). Que há para além da morte?. Lisboa: Edições Paulinas, Rei dos livros.

Coreth, E. (1998). O que é o homem? – Elementos para uma antropologia filosófica. Lisboa/ São Paulo: Verbo.

Doyle, D., Hanks, G.W.C., Cherney, N., Calman, K. (2004). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Londres: Oxford University Press, 3rd ed.

Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.

Gomes, A.M.R. (2011). A espiritualidade no aproximar da morte. *Enfermaria global* 22:1-9.

Griffin, A. (1994). Holismo na enfermagem: o seu significado e valor. *Nursing* 7:20-22.

Lepargneur, H. (1986). Lugar atual de morte: antropologia, medicina e religião. São Paulo: Paulinas.

Lourenço, I. (2004). *A Espiritualidade no Processo Terapêutico*, 1.ªed. Coimbra: Quarteto.

Martins, A.A. (2007). Consciência da finitude, sofrimento e espiritualidade. *O mundo da saúde* 31: 174-178.

Nogare, P.D. (1985). *Humanismo e anti-humanismos – introdução à antropologia filosófica*, 9.ª ed. Petrópolis: Vozes.

Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética* 10:51-72.

Pessini, L. (2005). Cuidados Paliativos – Alguns Aspectos Conceituais, Biográficos e Éticos. *Prática Hospitalar*, 42:107-112.

Powell, H. Shahebi, L., Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *American Psychologist* 58:36-52.

Saad, M., Masiero, D., Baltistella, L.R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8:107-112.

Santos, F.S. (2009). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu.

Saunders, C. (1992). *Beyond the horizon – A search for meaning in suffering*. London: Darton, Longman and Todd Ltd.

Saunders, C. (1996). *Into de valley of the shadow of death – A personal therapeutic journey*. BMJ.

Serralheiro, M.E. (1993). A espiritualidade nas pessoas idosas. *Servir* 41:20-23.

Serrão, D. (2005)

Disponível em <http://www.danielserrao.com>. Acesso em 8 Março 2012.

Silva, D.I.S. (2011). Significados e práticas de espiritualidade no context dos cuidados paliativos em doentes oncológicos adultos. *Revista HCPA* 31:353-358.

Twycross, R. (1999). *Cuidados Paliativos*. 1.^aed. Lisboa: Climepsi Editores.

Volcan, S.M.A. (2003). Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional stude. *RevistaSaúdePública* 37:440-445.

WHO-World Health Organization

Disponível em <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>. Acesso em 8 Março 2012.

Yalom, I.D. (1980). Existencial psychotherapy. New York: Basic Books.