



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**

JOANA RITA BRITO MATOS

***A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NAS DOENÇAS
ONCOLÓGICAS***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR CARLOS BRAZ SARAIVA

MESTRE ANA SOFIA CABRAL

FEVEREIRO/2016



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NAS DOENÇAS
ONCOLÓGICAS**

Joana Rita Brito Matos¹

¹ Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

joanaritamatoss@gmail.com

RESUMO

Introdução e Objetivos: À semelhança do que acontece no resto do Mundo, em Portugal o número de casos de cancro tem aumentado. O diagnóstico de cancro é um possível precipitante para uma reflexão espiritual e/ou um desafio à vivência espiritual de cada um. Existem cada vez mais estudos científicos que apontam a espiritualidade como uma estratégia eficaz de *coping* para lidar com as doenças oncológicas. Espiritualidade e religiosidade são conceitos distintos. A vivência religiosa faz parte da dimensão espiritual da pessoa, mas esta última ultrapassa-a. Mesmo a pessoa que se avalie como não crente não deixa de ser espiritual. Neste sentido, parece ser cada vez mais importante uma abordagem biopsicossocioespiritual a todos os doentes com cancro. O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica da influência da espiritualidade nas doenças oncológicas nos doentes, nas famílias e nos profissionais de saúde.

Métodos: Para a pesquisa da literatura utilizada procedeu-se a uma revisão bibliográfica publicada entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2015. Realizou-se uma pesquisa direta numa base de dados de literatura – PubMed. Todas as pesquisas foram realizadas utilizando um filtro para publicações dos últimos dez anos e com base nos termos “*cancer*”, “*spirituality*” e “*quality of life*”. Posteriormente foram obtidos outros trabalhos através de pesquisas em motores de busca *online*, como o Google.

Resultados: A pessoa humana é um ser de grande complexidade biopsicossocioespiritual. Todas as dimensões interagem e nenhuma é dispensável para cuidar da pessoa como um todo. É consensual que a dimensão espiritual é uma componente essencial da prática holística que pode ter um impacto significativo na saúde. Esta dimensão constitui um mecanismo de *coping*, útil em todas as fases da doença, que parece relacionar-se com uma melhor saúde, melhor qualidade de vida, menores índices de ansiedade, depressão, desesperança e suicídio,

aumento da adesão ao tratamento, encorajamento da cooperação com os médicos, melhoria das relações pessoais do doente e aumento da satisfação com a vida, apesar da doença. A espiritualidade é um fenómeno complexo que interage com os sistemas nervoso, endócrino e imunológico. A Psiconeuroimunologia é a ciência que investiga a comunicação e as relações entre estes sistemas. Esta componente espiritual entra como fator privilegiado de humanização e personalização dos cuidados. Os doentes têm um grande necessidade de serem escutados e compreendidos e querem conversar com os profissionais de saúde acerca da sua espiritualidade, pelo que é importante que estes reconheçam a importância desta dimensão na vida dos doentes, que os compreendam como pessoas e que sejam capazes de os ouvir.

Conclusão: Uma vez que todos os seres humanos são seres espirituais, urge tratar cada doente em todas as suas dimensões. A espiritualidade constitui um importante mecanismo de *coping* para os doentes oncológicos, com melhorias significativas a nível da sua qualidade de vida. Os doentes têm necessidade de comunicarem e de serem escutados pelos profissionais de saúde. Contudo, estes têm dificuldade em abordar questões pessoais com os doentes. A formação dos profissionais de saúde é deficiente relativamente às questões humanas da Medicina, área que deve ser alvo de investimento no futuro.

Palavras chave: cancro; espiritualidade; oncologia; religião; psiconeuroimunologia; biopsicossocial; qualidade de vida; fé.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: In Portugal, like in the rest of the world, there has been an increasing in the number of cancer cases. Cancer diagnose is a possible trigger to a spiritual reflection and/or a challenge to each one's spiritual experience. The number of studies that points spirituality as an effective strategy to deal with cancer is increasing. Spirituality and religiousness are distinct concepts. The religious experience is part of our spiritual dimension, although this dimension exceeds our perception. Even if a person is a non-believer, it can be spiritual. So, in this way, a biopsychosocialspiritual approach to all cancer patients seems more important each day that goes by. The objective of this work is to perform a bibliographical review on the influence of the spirituality on cancer patients, on their families and on the health professionals.

Methods: To find relevant literature for this review, it was performed a bibliographical review on original published articles between January of 2005 and December of 2015 and a direct search on a literature database – PubMed. All the research was performed using articles from the last ten years and were used keywords such as “cancer”, “spirituality” and “quality of life”. Posteriorly, some other works were found through searches on online searching engines, like Google.

Results: Humans beings hold a great biopsychosocialspiritual complexity. All the dimensions interact with each other and there is no unnecessary dimension when it takes to take care of a person as a whole. It is consensual that the spiritual dimension is an essential element on the holistic practice that can take a significate impact on health. This dimension is part of a coping mechanism, useful in all stages of the cancer, that seems to relate with better health, better quality of life, less anxiety, depression and suicide, increasing of the adhesion to the treatment, encouragement of the cooperation with doctors, better personal relationships

and increasing on the satisfaction with life, despite the cancer. Spirituality is a complex phenomenon that interacts with the nervous, endocrine and immunological systems. Psychoneuroimmunology is the science that studies the communication and relation between these systems. This component joins as a privileged factor of humanization and customization on care. Cancer patients have a great need of being listened and understood and want to talk with the health professionals about their spirituality, which is why it is so important that the last ones recognize the importance of this dimension on the patients' life, to understand them and be able to listen to them.

Conclusion: Since that all human beings are spiritual beings, urges to treat every patient in all their dimensions. Spirituality is a very important coping mechanism for the cancer patients, with significant improvements on their quality of life. Cancer patients have a great need to communicate and being listened by the health professionals, however, they have some difficulty addressing some patients' personal questions. When it concerns to the human questions of Medicine, the schooling on the health professionals is faulty, which makes it a key area to invest, in the future.

Keywords: cancer, spirituality, oncology, religion, psychoneuroimmunology, biopsychosocial, quality of life, faith

*“É tão importante conhecer a pessoa que tem a doença
como conhecer a doença que a pessoa tem.”*

William Osler

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract	5
CAPÍTULO 1. – Introdução	11
CAPÍTULO 2. – Materiais e Métodos	14
CAPÍTULO 3. – Doenças Oncológicas em Números	16
3.1. Visão Mundial	17
3.2. Visão Nacional	18
CAPÍTULO 4. – Concetualização: Espiritualidade, Religião e Espiritual.....	20
CAPÍTULO 5. – Neurobiologia da Espiritualidade	25
5.1. Psiconeuroimunologia	26
5.2. Vias de tradução	27
5.3. Stress e Doença	29
5.4. Psiconeuroimunologia e cancro.....	30
5.5. Intervenções Biopsicossociais	31
CAPÍTULO 6. – Influência da Espiritualidade	32
6.1. Influência da Espiritualidade no Doente Oncológico.....	38
6.2. Influência da Espiritualidade na Família do Doente	44
6.3. Influência da Espiritualidade nos Profissionais de Saúde	47
CAPÍTULO 7. – Conclusão	56
Agradecimentos.....	59
Bibliografia.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Previsão da evolução da incidência de cancro em Portugal (2010 a 2030) ⁽⁷⁾	19
Figura 2 - Modelo biopsicossocioespiritual (Adaptado de Puchalski C. 2012) ⁽¹⁸⁾	24
Figura 3 – Relação entre a espiritualidade, a doença e o bem estar do doente (Adaptado de Meraviglia, 2006) ⁽²⁷⁾	34
Figura 4 - Áreas de adaptação à doença oncológica (five D), segundo Rowland ⁽²¹⁾	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Aspetos da espiritualidade ⁽¹¹⁾	22
Tabela 2 - Principais diferenças entre eixo SAM (Eixo Simpático Adrenérgico Medular) e eixo HHSR (Eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal) ⁽²⁰⁾	27
Tabela 3 – Fases do luto segundo Elisabeth Kubler-Ross ⁽³¹⁾	38
Tabela 4 - Acrónimos utilizados, pelo médico, durante a colheita da história clínica, para questionar o doente sobre espiritualidade (Adaptado de Peteet J e Balboni M, 2013) ⁽²³⁾	41
Tabela 5 - Estratégias para ajudar os profissionais de saúde a estabelecer relação com os doentes (Adaptado de Surbone, A. e Baider, L., 2010) ⁽¹⁰⁾	49
Tabela 6 - Vantagens de uma comunicação eficaz entre o médico e o doente. ⁽³²⁾	53

CAPÍTULO 1. – INTRODUÇÃO

No âmbito do trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de Mestre no ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina foi escolhido o tema “A influência da espiritualidade nas doenças oncológicas”.

Com a evolução e a humanização da medicina, é a visão holística do doente que prevalece. O modelo biopsicossocial permite compreender, não a doença enquanto alteração fisiopatológica do corpo, mas o doente como um todo. O doente mais do que um corpo, é um ser humano com um contexto social e com características pessoais próprias que devem ser tidas em conta aquando da abordagem da sua doença. É essencial que o médico seja capaz de olhar para além do corpo, do órgão doente. Só assim se concebe a Medicina, a arte de curar: curar o doente, não só a doença.

A espiritualidade é uma característica própria do ser humano e torna possível que este seja tomado como um todo, dando assim, sentido à sua vida. Esta dimensão aponta para uma experiência transcendental que vai muito para além dos dogmas e das instituições religiosas tradicionais. A vivência religiosa faz parte da dimensão espiritual da pessoa, mas esta dimensão ultrapassa-a. Assim, mesmo a pessoa que se autoavalia como “não crente”, não deixa de ser espiritual. ⁽¹⁾

O constante desenvolvimento e melhoria dos tratamentos atualmente disponíveis para a doença oncológica permitiram um aumento considerável das taxas de sobrevivência. ⁽²⁾ No entanto, este continua a ser um diagnóstico muitas vezes assustador, que leva a que os doentes e os seus familiares, diante do sofrimento e da desesperança, procurem na espiritualidade um sentido para a doença. Existem cada vez mais estudos científicos que apontam para uma associação positiva entre a vivência espiritual e uma melhor adaptação do doente a determinadas doenças de que o cancro é um exemplo. ⁽³⁾ Neste sentido, parece ser cada vez mais importante uma abordagem biopsicossocioespiritual a todos os doentes com cancro. ⁽⁴⁾

Com este trabalho, pretende-se: reunir a informação existente na literatura atual acerca da influência da espiritualidade nas doenças oncológicas; conceptualizar e distinguir conceitos como espiritual, espiritualidade e religião; entender de que forma a espiritualidade influencia a forma como doentes e familiares lidam com o diagnóstico, com a evolução e com o tratamento destas doenças; compreender a componente neurobiológica da espiritualidade, área que começa a ser cada vez mais estudada; e, por último, suscitar a curiosidade dos profissionais de saúde quanto a este assunto para que, progressivamente, possamos incluir esta vertente na abordagem dos doentes oncológicos.

CAPÍTULO 2. – MATERIAIS E MÉTODOS

Para a pesquisa da literatura utilizada procedeu-se a uma revisão bibliográfica de artigos originais e revisões sistemáticas, nas línguas inglesa e portuguesa, publicados entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2015. Realizou-se uma pesquisa direta numa base de dados de literatura - PubMed, Todas as pesquisas foram realizadas utilizando um filtro para publicações dos últimos dez anos e com base nos termos “*cancer*”, “*spirituality*” e “*quality of life*”. Posteriormente foram obtidos outros trabalhos através de pesquisas em motores de busca *online*, como o Google, ou através de referências dos artigos previamente selecionados.

Das múltiplas combinações das palavras-chave obtiveram-se listas com centenas de artigos, que foram selecionados com base na especificidade dos temas que se pretendem abordar nesta revisão.

CAPÍTULO 3. – DOENÇAS ONCOLÓGICAS EM NÚMEROS

3.1. VISÃO MUNDIAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças oncológicas estão entre as principais causas de morbimortalidade mundiais, com aproximadamente 14 milhões de novos casos e 8.2 milhões de mortes em 2012. ⁽⁵⁾ As causas mais comuns de morte por neoplasia devem-se aos cânceros do pulmão (1.59 milhões mortes), fígado (745 000 mortes), estômago (723 000 mortes), colorretal (694 000 mortes), mama (521 000 mortes) e esofágico (400 000 mortes). ⁽⁵⁾ O cancro é um termo genérico para um grande número de doenças; também designado por neoplasia ou carcinoma. Consiste num crescimento descontrolado e disseminado de células, que surge a partir de uma única célula que se transforma numa célula neoplásica e pode afetar qualquer parte do corpo. Pode ter complicações graves, sendo uma das principais causas de morte. Estas células podem invadir, por contiguidade, os tecidos envolventes ou metastizar para tecidos e órgãos à distância. As metástases são a principal causa de morte por cancro. As neoplasias pulmonar, prostática, colorretal, gástrica e hepática são os mais comuns no homem, enquanto as neoplasias da mama, colorretal, do pulmão, do colo do útero e do estômago são as mais frequentes na mulher. ⁽⁶⁾

A idade é um fator fundamental para o desenvolvimento de neoplasias; a incidência destas aumenta com a idade. ⁽⁵⁾ Não obstante, mais de 30% das mortes por cancro podem ser prevenidas através da modificação ou evitamento dos factores de risco ⁽⁶⁾ – o consumo de tabaco e de álcool, uma dieta desequilibrada e o sedentarismo são os principais factores de risco em todo o mundo. ⁽⁵⁾ O tabaco é o principal fator de risco isolado envolvido em 20% das mortes mundiais por neoplasia e em cerca de 70% das mortes por carcinoma pulmonar. ⁽⁵⁾

A mortalidade por neoplasia pode ser reduzida se os casos forem detetados e tratados precocemente. Para isto, é importante o diagnóstico precoce e o rastreio. Na ausência destes, os doentes são diagnosticados em estadios mais avançados da doença quando os tratamentos curativos podem já não ser possíveis. O rastreio permite identificar indivíduos com anomalias

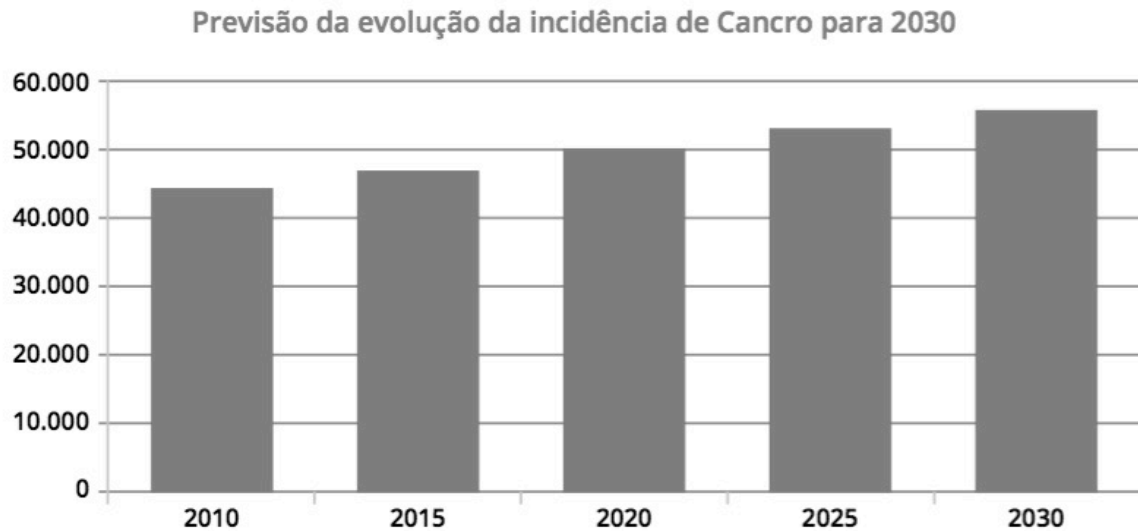
sugestivas de uma determinada neoplasia e referenciá-los prontamente para tratamento. São exemplos de rastreios a pesquisa do Papiloma Vírus Humano (HPV) no carcinoma do colo do útero ou a mamografia para o cancro da mama. ⁽⁵⁾

Um correto diagnóstico é essencial para um tratamento adequado e efetivo. O objetivo principal da terapêutica é curar o cancro ou prolongar a vida, assegurando a qualidade de vida do doente. ⁽⁵⁾ As opções terapêuticas são vastas - cirurgia, quimioterapia, radioterapia, entre outras – e dependem do estadió do tumor, do tipo e dos recursos disponíveis. ⁽⁶⁾ Alguns dos principais cancros, como o da mama, o do colo do útero, o oral e o colorretal, têm uma elevada taxa de cura quando detetados precocemente e tratados devidamente. ⁽⁵⁾

Espera-se que o número de novos casos aumente cerca de 70% nos próximos 20 anos. ⁽⁵⁾ Uma deteção precoce, um diagnóstico preciso e um tratamento efetivo – incluindo alívio dos sintomas e cuidados paliativos – ajudam a aumentar as taxas de sobrevivência dos doentes oncológicos, bem como a reduzir o sofrimento destes. ⁽⁶⁾

3.2. VISÃO NACIONAL

De acordo com as projeções nacionais, e à semelhança das internacionais, a evolução demográfica e a exposição a fatores de risco levarão a um aumento da incidência de doenças oncológicas nos próximos anos (**Figura 1**) – crescimento de 12,6% resultante da evolução da pirâmide populacional e dos estilos de vida. No entanto, apesar deste aumento da incidência, tem-se registado uma diminuição na mortalidade em várias neoplasias. ⁽⁷⁾

Figura 1 – Previsão da evolução da incidência de cancro em Portugal (2010 a 2030)⁽⁷⁾

Fonte: IARC

À semelhança do que acontece no resto do Mundo, em Portugal, o número de casos de cancro tem aumentado. De acordo com o Registo Oncológico Nacional 2009, a taxa de incidência de tumores malignos era, nesse ano, 426,5 por 100000 habitantes, sendo os mais frequentes os tumores da mama, próstata, cólon, traqueia, brônquios e pulmão.⁽⁷⁾ No entanto, a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno tem diminuído discretamente.

CAPÍTULO 4. – CONCETUALIZAÇÃO: ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E ESPIRITUAL

George Engel ⁽⁴⁾ identificou a necessidade de um “novo modelo médico” há mais de 30 anos. O modelo proposto foi o modelo biopsicossocial que veio substituir o, então em vigor, modelo biológico. Agora, sabe-se que este modelo - que vê o doente somente enquanto portador de uma doença biológica -, por não ver o doente como um todo, não explica o suficiente. Cada doente, cada pessoa com uma doença, chega ao médico com uma experiência de vida e necessidades únicas que requerem uma abordagem de tratamento individualizada. ⁽⁴⁾

O ser humano, para além de psicológico e eventualmente religioso, sem os excluir, é espiritual. Até à década de 70 do século passado, a religião era vista como um constructo amplo que incorporava elementos individuais e institucionais como a espiritualidade. ^(2,8) No entanto, atualmente a religiosidade e a espiritualidade são conceitos distintos, ainda que algumas vezes possam ser – erradamente – confundidos. ^(1,3,9,10) **A religiosidade ou religião** está habitualmente associada ao grau de participação ou adesão às convicções e práticas de um sistema religioso, ou seja, envolve um conjunto de crenças e doutrinas que é partilhado por um grupo e que tem características comportamentais, sociais e morais próprias. Representa a forma como a humanidade tentou dar sentido às questões transcendentais, através de práticas institucionalizadas. Foi construído para facilitar a proximidade com um poder superior e inclui uma relação próxima com este e uma responsabilidade com os outros. ^(2,9,11–13) **A espiritualidade**, enquanto conceito mais amplo que a religião, é a característica própria, essencial do ser humano enquanto capaz de se tomar como um todo e de dar um sentido a esse todo; não se confunde com o psicológico nem se reduz ao religioso. Constitui a instância crítica sobre o todo pessoal, no seu conjunto dinâmico; o situar-se como pessoa entre pessoas ^(1,2,12,14,15); um constante questionar mais do que dar respostas finais ou fixas. ⁽¹⁰⁾

Viktor Frankl ⁽¹⁶⁾, médico psiquiatra, na sua obra “*Man’s Search for Meaning*”, refere a relevância da componente espiritual na existência humana e a importância fulcral do significado – ou da procura deste – enquanto força condutora do ser humano. É, pois, uma

dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio e que constitui aquilo que o diferencia na sua singularidade e personalidade. Por isto, é parte da concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido. ^(11,12)

A espiritualidade é, assim, uma dimensão complexa e multidimensional que engloba aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais ⁽¹¹⁾, como representado na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Aspectos da espiritualidade ⁽¹¹⁾

Espiritualidade - dimensão complexa e multidimensional		
Aspectos Cognitivos	Aspectos Emocionais	Aspectos Comportamentais
Procura de sentido e significado na vida.	Sentimentos de esperança. Vivência dos afetos, conforto e apoio.	Forma como a pessoa manifesta as suas crenças espirituais.

Desta forma, alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida. ⁽⁹⁾

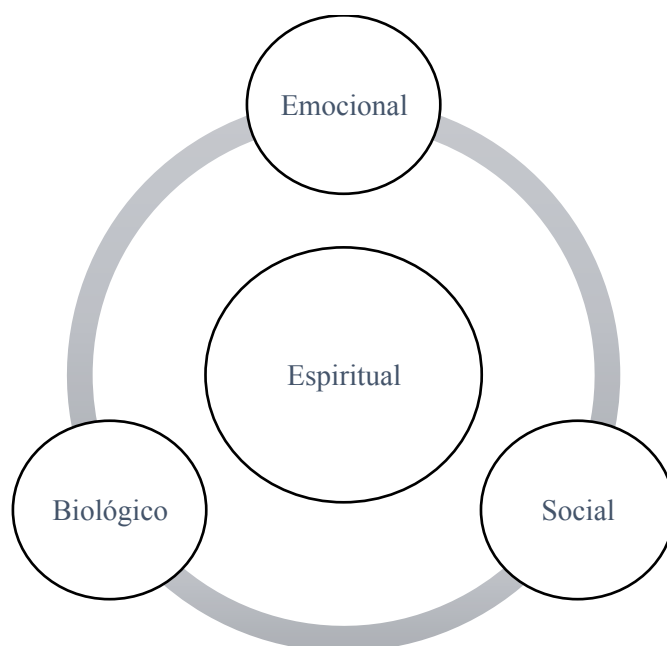
Por vezes a espiritualidade materializa-se na prática de um credo religioso específico ou na sua relação com o transcendente, o Divino, que pode estar relacionada com a prática de uma religião – dimensão vertical. Já a dimensão horizontal da espiritualidade é uma dimensão existencialista, onde se enquadra o sentido de esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio. Há pessoas que encontram a espiritualidade no confronto com uma doença, como o cancro, que as força a enfrentarem a própria finitude. ^(9,11)

Esta interligação entre a espiritualidade e a religiosidade remonta aos primórdios da História, em que os poderes de curar pertenciam àqueles que lidavam com o espírito e a quem era reconhecido conhecimento para tratar dos males do corpo. A falta de conhecimento acerca

da fisiopatologia do corpo humano levou, muitas vezes, à divinização das doenças. Esta causalidade ainda hoje é visível em contextos socioculturais específicos. ⁽⁹⁾

A pessoa humana é um ser hipercomplexo biopsicossocioespiritual, sendo que o espiritual abrange o cultural e o religioso. ^(1,17) Bio-psico-socio-espiritual é diferente de bio+psico+sócio+espiritual, isto é, a integração dos diferentes componentes do ser humano, da abordagem à pessoa doente, é diferente da soma dos mesmos. Todas as dimensões - biológica, psicológica, social e espiritual – interagem e nenhuma é dispensável para que possamos cuidar da pessoa como um todo (**Figura 2**). ^(17,18) Uma integração harmoniosa de todos os elementos que podem contribuir para a vivência da doença, percebe e respeita a ambiguidade das dimensões subjetivas da experiência humana e deve ser contemplado nos cuidados durante todo o processo de doença. ^(4,18) Além disto, considerar o ser humano do ponto de vista biopsicossocioespiritual não significa substituir as práticas médicas, mas pensar sobre a possibilidade de considerar – e incluir nos cuidados prestados – os aspetos espirituais de doentes e profissionais de saúde no sentido de atuarmos como seres humanos e para seres humanos, do ponto de vista integral. ⁽⁸⁾

Figura 2 - Modelo biopsicossocioespiritual (Adaptado de Puchalski C. 2012) ⁽¹⁸⁾



A dimensão espiritual cruza transversalmente a experiência do paciente em todos os outros âmbitos: físico, social e emocional. ^(1,12) “Espírito” significa sopro e respiro que sai. E se entra é para sair. Espiritualidade é, por isso, a capacidade própria dos seres humanos de sair de si. ⁽¹⁷⁾ O **espiritual** não é o contrário de material; é o contrário de egocentrismo. Ser espiritual é transcender-se, é encontrar qualidade de vida (qualidade de vida nos doentes oncológicos inclui bem estar físico, psicossocial e espiritual) pelo sair de si, pelo amor, pela relação pessoal com o outro, não se fechar em si mesmo, “umbigado” e triste. ^(1,17,18) A vivência religiosa (qualquer que ela seja) faz parte da dimensão espiritual da pessoa, mas esta dimensão ultrapassa-a. Assim, mesmo a pessoa que se auto avalie como não crente – agnóstica ou, até mesmo, ateuista – não deixa de ser espiritual. ^(1,2,9)

CAPÍTULO 5. – NEUROBIOLOGIA DA ESPIRITUALIDADE

5.1. PSICONEUROIMUNOLOGIA

A espiritualidade é um fenómeno complexo, por si só, que desempenha um papel importante na forma como as pessoas lidam e respondem à doença. Tem benefícios na saúde que podem ser explicados, ou pelo menos, parcialmente explicados, pela ciência possivelmente através do sistema imunitário. ^(4,19) Enquanto experiência subjetiva da consciência capaz de integrar pensamentos, sensações e emoções, interage com os sistemas nervoso, endócrino e imunológico. ^(8,12)

A **psiconeuroimunologia (PNI)** estuda a forma como o sistema imunitário é influenciado por interações de natureza psicossocial e neuroendócrina e como estas o podem modular. Os referenciais da PNI são congruentes com uma visão holística sobre o ser humano e sobre a complexidade das doenças, contemplando-se todo o espectro da experiência humana. É uma ciência que investiga a comunicação e as relações bidirecionais que se estabelecem entre o sistema nervoso central (SNC), o sistema endócrino (SE) e o sistema imunitário (SI). ^(19,20) O cérebro modula o SI através dos sistemas nervosos simpático e parassimpático e através da libertação de hormonas e de péptidos reguladores de hormonas e de péptidos reguladores do balanço e da função imunitária. Em resposta, o SI modula a atividade cerebral responsável por várias funções essenciais para a existência humana. Pressupõe-se, então, uma conexão funcional e anatómica similar e uma reciprocidade entre o SI e o SNC. ⁽²⁰⁾ De acordo com esta conceção, o SI deixa de ser entendido como um ser autónomo e autorregulável, crucial na defesa do organismo, e independente do SNC; é um agente responsável por um conjunto de processos imunorregulatórios influenciados pelo cérebro. ^(19,20)

5.2. VIAS DE TRADUÇÃO

Neste contexto, é importante colocar a seguinte questão: “Como reage o organismo humano quando colocado perante ameaças internas ou externas, reais ou percebidas?”

Os eventos avaliados como ameaçadores ou stressores (internos ou externos) ativam as estruturas corticais e límbicas do SNC, cujas principais vias de tradução desta ativação são o eixo simpático adrenérgico medular (SAM) e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHSR). Apesar destes eixos funcionarem de forma interdependente, existem evidências de diferenciação. As principais diferenças entre estes dois eixos encontram-se listados na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Principais diferenças entre eixo SAM (Eixo Simpático Adrenérgico Medular) e eixo HHSR (Eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal) ⁽²⁰⁾

Características SAM e HHSR		
	Eixo Simpático Adrenérgico Medular	Eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal
Ativação	Situações ameaçadoras	Sobrecarga de estimulação
Resposta	Mais rápida (segundos)	Mais lenta e mais prolongada (minutos)
Associação a emoções	Positivas (interesse, envolvimento, controlo)	Negativas (insatisfação, ansiedade, desânimo)

A ativação das estruturas corticais e límbicas inicia-se quando os sinais sensoriais são processados no centro noradrenérgico *locus coeruleus* e no núcleo paraventricular do hipotálamos, respetivamente. Em resposta à ameaça, o sistema nervoso simpático (SNS) liberta catecolaminas – noradrenalina, adrenalina e dopamina – que desencadeiam a resposta de luta ou fuga. Este processo ocorre através de fibras simpáticas que inervam a medula

adrenal e que ativa a secreção de catecolaminas. O SNS ativa, concomitantemente, os tecidos linfóides diretamente envolvidos na regulação da resposta imune. O eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHSR) responde ao *stress* através de uma cascata química em que o hipotálamo liberta CRH (hormona libertadora de corticotrofina) que leva a hipófise a libertar ACTH (corticotrofina) que, por sua vez, induz a libertação de glicocorticóides (cortisol) pelas glândulas suprarrenais. ⁽²⁰⁾

Os processos que ocorrem nos sistemas nervoso central e endócrino geram, em determinadas condições, um desgaste físico levando a um desequilíbrio da homeostasia afetando a saúde do indivíduo de forma aguda ou crónica por intermédio do SI, uma vez que também ele responde à ameaça percebida. Todavia, o *stress* pode funcionar como inibidor – se crónico – ou como potenciador da função imunitária – se agudo. ⁽²⁰⁾

O SI vai desencadear a libertação de citocinas pró-inflamatórias que desencadearão o processo inflamatório – uma resposta adaptativa do organismo face a stressores e agressões físicas e psicológicas. ⁽²⁰⁾

Muitos estudos na área da PNI demonstraram que experiências de vida traumáticas e *distress* aumentam os níveis de citocinas pró-inflamatórias e de outros marcadores inflamatórios que, quando desregulados constituem um maior risco de desenvolvimento e progressão de doenças graves, como o cancro, e de perturbações neuropsiquiátricas, como a depressão major. ⁽²⁰⁾

Perante situações de *stress*, o organismo liberta mediadores solúveis como os neuropéptidos, os neurotransmissores e as hormonas por parte do SNC, hormonas pelo SE e citocinas pró-inflamatórias pelo SI.

5.3. STRESS E DOENÇA

Nos últimos 30 anos, têm sido colocadas algumas questões, basilares para a PNI: Como é que o *stress* e as emoções negativas influenciam o SI? Qual a dimensão destes efeitos? Quais as possíveis variáveis protetoras? ⁽²⁰⁾

A ativação dos eixos HHSR e SAM pode estar relacionada com a regulação de doenças crónicas, uma vez que o *stress* e as emoções negativas podem propiciar o desenvolvimento de tumores devido à supressão de elementos importantes na resposta imunitária envolvida no combate às células malignas. O *stress* é um agente dinâmico relacionado com fatores pessoais, socioambientais e situacionais que influenciam as avaliações cognitivas e os padrões de *coping*, responsáveis pelo condicionamento da resposta psiconeuroimunológica ao *stress*. ⁽²⁰⁾

Alguns estudos têm mostrado que estados de *distress* – identificado em 30 a 75% dos doentes oncológicos ⁽²¹⁾ – ou emoções negativas produzem efeitos imunossupressores. ⁽¹⁹⁾ Normalmente, um *stress* crónico ou grave – como o associado ao diagnóstico de uma doença oncológica – suprime a atividade das citocinas tipo 1, diminuindo, portanto, a imunidade celular, e aumenta a atividade das citocinas tipo 2, aumentando a imunidade humoral. ⁽¹⁹⁾ A imunossupressão pode ser causada por *stress* psicológico, tal como (possivelmente) acontece aquando do diagnóstico de cancro, devido a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, diminuição da citotoxicidade das células *natural killer* (NK) e do linfócitos T, inibição da resposta das células NK ao interferão gama e à IL-2 e alterações na apoptose. ^(8,19)

Emoções negativas como a depressão, a ansiedade, a hostilidade e a raiva estão relacionadas com prejuízos objetiváveis para a saúde. O humor depressivo e a ansiedade ativam os eixos SAM e HHSR levando à libertação de catecolaminas, cortisol, hormona do crescimento e prolactina, o que conduz a alterações qualitativas e quantitativas na função imunitária. ⁽²⁰⁾ A negação e a repressão, quando predominantes, associam-se à ativação do

sistema nervoso autónomo (SNA) e a alterações imunitárias negativas, sobretudo na imunidade celular: diminuição da contagem de monócitos, aumento dos eosinófilos e maior reatividade a fármacos. ⁽²⁰⁾

Estudos recentes sobre a relação entre o mecanismo de ação dos antidepressivos e a inflamação mostraram que há uma associação entre a resposta ao escitalopram, um dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, e um efeito anti-inflamatório. ⁽²⁰⁾

5.4. PSICONEUROIMUNOLOGIA E CANCRO

A ciência tem procurado documentar as implicações do *stress* e das emoções negativas nos diferentes processos relacionados com o desenvolvimento, progressão e metastização dos tumores. Até à data desconhece-se evidência consistente para o contributo dos fatores psicossociais para a iniciação do cancro; pelo contrário, existe evidência que suporta que estes contribuem para a progressão da doença. ⁽²⁰⁾

Os fatores psicossociais contribuem para o aumento da libertação das citocinas pró-inflamatórias pelas células tumorais; esta libertação associa-se a um maior crescimento e progressão do cancro devido à alteração do microambiente tumoral. Vários estudos mostram que as citocinas pró-angiogénicas – IL-6, IL-8, VEGF (factor de crescimento endotelial) – são altamente sensíveis ao efeito do *stress*, sendo a produção tumoral estimulada por mediadores como a noradrenalina, adrenalina e cortisol, via sinalização B-adrenérgica. ⁽²⁰⁾

5.5. INTERVENÇÕES BIOPSISSOCIAIS

É bem conhecido que as intervenções comportamentais – individuais e em grupo – podem reduzir os níveis de *distress* relacionado com a doença, melhorando a qualidade de vida dos doentes oncológicos, sendo importante como tratamento adjuvante e apresentando implicações positivas nas funções neuroendócrina e imunitária. ⁽²⁰⁾

Perante o diagnóstico de uma neoplasia, os doentes tendem a reajustar as suas prioridades e a sua vida e a focarem-se em aspetos de si próprios que aumentam o seu sentido de existência.

⁽²⁾ Desta forma, este novo enfoque pode provocar uma diminuição dos índices de *stress* crónico a que os doentes oncológicos estão, geralmente, sujeitos, permitindo ao doente descontrair-se e relaxar, levando o organismo a produzir a chamada “*the relaxation response*”. ⁽²⁾ Há uma diminuição da ativação do sistema nervoso central, através do hipotálamo, levando a uma situação de hipometabolismo. ⁽⁸⁾ Ao relaxar, o organismo deixa de exercer uma pressão negativa sobre o sistema imunológico, permitindo-lhe recuperar a sua força e, desta forma, ajustar-se à recuperação, contribuindo para a própria cura. ⁽²⁾ Uma revisão de vários estudos demonstrou que a “*relaxation response*” tem efeitos benéficos: diminuição da pressão sanguínea, redução das frequências cardíaca e respiratória e da taxa metabólica, otimização da resposta imune, diminuição da insónia, da ansiedade e da dor e diminuição do recurso a medicação. ⁽⁸⁾

Segundo Herbert Benson, nenhuma força curativa é mais impressionante ou mais universalmente acessível do que o poder da pessoa de cuidar de si própria. ⁽⁸⁾ Considerando que a espiritualidade e o estado psicológico dos doentes influencia de forma relevante as funções biológicas do organismos e a resposta à doença, faz sentido que se inclua o desenvolvimento deste aspeto nos cuidados de promoção da saúde. ⁽⁸⁾

CAPÍTULO 6. – INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE

Apesar dos inúmeros avanços no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas terem permitido um aumento considerável de sobreviventes, este grupo de doenças continua associado a uma representação social negativa que leva os doentes a questionarem o significado da vida, dado o confronto com a hipótese da finitude. ^(11,22) O cancro levanta questões não apenas relativamente ao futuro, mas também sobre a forma como o doente pode viver o presente. ⁽²³⁾ É uma doença muito associada a um aumento da vulnerabilidade ao sofrimento psicológico; a prevalência da ansiedade e depressão aumenta com a debilidade física e à medida que a doença avança: 25 a 48% dos doentes apresenta sintomas de ansiedade e a 21% é diagnosticada uma perturbação depressiva. ⁽²²⁾ Por ser uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa ^(11,14,24), o diagnóstico de cancro é um possível precipitante para uma reflexão espiritual. ^(21,25)

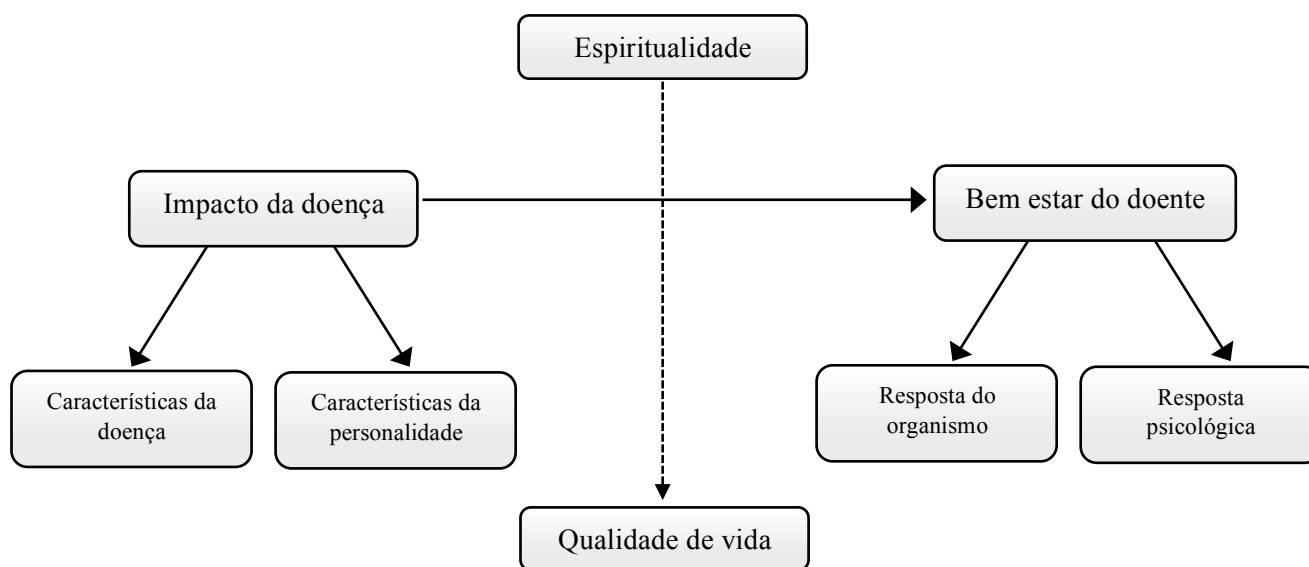
Todos sabemos que a morte é inevitável, mas, para muitos de nós, esta é uma possibilidade remota. O cancro muda esta perceção, forçando os doentes a enfrentarem a ideia da própria morte. ^(17,26) Como diz Vasco Pinto de Magalhães, padre jesuíta, “é tal a aura ameaçadora de morte anunciada que o próprio nome “cancro” é banido das nossas conversas”. ⁽¹⁷⁾ O diagnóstico de uma neoplasia causa uma crise física, emocional e existencial. ⁽¹⁴⁾ Pode, assim, causar impacto na espiritualidade e a espiritualidade pode causar impacto no cancro: pode ser uma aliada nesta batalha. ⁽²⁵⁾

Nos últimos anos tem existido bastante discussão relativamente à influência da religião no bem estar físico dos doentes. Importa referir que, em muitos estudos, os conceitos espiritualidade e religião não são diferenciados ao contrário da opção realizada para esta revisão bibliográfica. Harold Koenig, por um lado, refere que existem evidências consistentes que associam a religião ao bem estar físico, a mais saúde, ao longo do tempo. Por outro lado, Richard Sloan argumenta que esta evidência é geralmente fraca e não convincente uma vez que é baseada em estudos com falhas metodológicas, achados conflituosos e dados pouco

claros e específicos. ⁽¹⁵⁾ Alguns autores, por sua vez, adoptam uma posição mediana nesta discussão, como Powell, que defende que existe uma relação entre o bem estar físico e a religião, mas que pode ser mais limitada e complexa do que alguns estudos fazem crer. ⁽¹⁵⁾

Atualmente é consensual que a dimensão espiritual está diretamente relacionada com a qualidade de vida dos doentes em geral – e dos doentes oncológicos em particular – e que é um dos recursos mais importantes usados pelas pessoas para lidarem com a doença ou com outros eventos stressantes. ^(2,8,14–16,26) A influência da espiritualidade no processo de doença enquanto fator integrador desta na vida do doente encontra-se esquematizado na **Figura 3**. ⁽²⁷⁾

Figura 3 – Relação entre a espiritualidade, a doença e o bem estar do doente (Adaptado de Meraviglia, 2006) ⁽²⁷⁾



O impacto da doença na vida do indivíduo é influenciada pelas características da personalidade e pelas características da doença. O bem estar do doente depende da resposta do organismo à doença e à terapêutica, bem como da resposta psicológica. A espiritualidade, ao surgir como fator integrador da doença na vida do doente, leva a que este processo possa ser vivido com qualidade, ou seja, a espiritualidade permite uma melhor qualidade de vida durante o processo de doença. ⁽²⁷⁾

Com ou sem doença, a qualidade de vida humana depende do caminho de relação percorrido e a percorrer. ⁽¹⁷⁾ É, portanto, reconhecida como uma componente essencial de uma prática holística que pode ter um impacto significativo na saúde. ^(2,9,11,13,14,26) Hoje sabe-se que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural que envolve o doente, as suas emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença. ⁽²⁾ Quer a espiritualidade da pessoa esteja integrada numa componente religiosa, quer não esteja, a crença relacionada com a dimensão espiritual da vida do doente é indissociável da doença, do doente, da vida deste, mesmo num contexto de ajuda ou relação profissional. ⁽¹⁰⁾

A dimensão espiritual – mesmo que não associada a uma entidade divina ou a uma religião específica – fornece mecanismos de adaptação a eventos stressantes e é relevante na atribuição de significado ao sofrimento, permitindo às pessoas encontrarem um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves, como acontece no processo de adaptação à doença oncológica. ^(2,9,11,14) O apoio espiritual é, por isto, útil em todas as fases de doença: decisões prévias ao tratamento, durante o tratamento e após este. ⁽¹⁴⁾ Estudos apontam que é frequente o recurso, por parte do doente, a crenças religiosas para lidar com doenças crónicas e neoplasias, inclusivamente em pessoas sem nenhuma crença religiosa prévia ao diagnóstico; recorrem às religiões – e à espiritualidade – em busca de conforto e apoio. ⁽¹²⁾ Num estudo abrangente realizado com doentes com vários tipos de neoplasias, 77% referiu recorrer à oração como forma de lidar mais eficazmente com o diagnóstico e o tratamento. Outros estudos afirmam que a prevalência da oração como mecanismo de *coping* está presente em 49 a 76% dos doentes. ⁽¹⁵⁾

A espiritualidade tem sido concetualizada como um mecanismo de *coping* flexível ao invés de um traço estável. O *coping* não é mais do que um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para gerirem as situações indutoras de *stress* e se adaptarem às consequências destas. ⁽²¹⁾ Por outras palavras, é uma tentativa comportamental e cognitiva para gerir – anular,

reduzir ou tolerar – as situações avaliadas como stressoras. ⁽²¹⁾ O *coping* religioso-espiritual refere-se à forma como as pessoas utilizam a fé, as crenças, a relação com o transcendente e a ligação aos outros, de modo a adaptarem-se e a gerirem situações de crise como as decorrentes de uma doença oncológica. ^(9,14,28) Esta estratégia de *coping* parece relacionar-se com uma melhor saúde, uma expectativa de vida mais prolongada, melhor qualidade de vida e menores índices de ansiedade, desesperança, depressão e suicídio. ^(8,9,12,13,18,29) O envolvimento espiritual e religioso aumenta, também, a adesão ao tratamento, encoraja a cooperação com os médicos, melhora as relações pessoais do doente e aumenta a satisfação com a vida, apesar da doença. ^(12,13) De acordo com um estudo realizado por Koenig com doentes hospitalizados, os que se sentiam sem fé e abandonados pela sua comunidade religiosa apresentavam mais problemas psicológicos e maiores taxas de mortalidade nos dois anos após a alta hospitalar. ⁽⁸⁾

Segundo Cannon, a espiritualidade é mais importante do que a religiosidade em termos da qualidade da saúde mental ⁽³⁰⁾; isto não pressupõe rejeitar a negatividade que envolve a situação; refere-se à capacidade que a pessoa tem de reencontrar significado no que está a acontecer, o que pode levar a encontrar esforços para lidar com o *stress* e a encontrar uma carga afetiva que possa gerar energia que permita enfrentar e resolver o problema. ⁽⁹⁾

Existem vários estudos que evidenciam a correlação positiva entre a espiritualidade – e, alguns estudos, a religião – e a melhoria do estado do doente. Uma visão global de 35 estudos da relação entre religiosidade e processos fisiológicos relacionados com a saúde concluiu que práticas religiosas cristãs estão associadas a uma diminuição da pressão sanguínea e a uma melhoria na função imunológica. O *yoga* e a meditação, por exemplo, estão associadas a níveis mais baixos de *stress* e de colesterol e a uma melhor saúde global. ⁽¹⁰⁾

Apesar de espiritualidade se relacionar, na maioria dos estudos, com melhorias na qualidade de vida geral (física, psicossocial e espiritual), existem estudos que demonstram

que alguns doentes podem sofrer de *distress* espiritual, por vários motivos: sentirem-se abandonados por Deus e pelos outros, sentirem-se com raiva de Deus por ter permitido que isto lhe acontecesse,... O sofrimento espiritual não tratado, não acompanhado, pode agravar a experiência dolorosa do doente. Doentes com níveis baixos de bem estar espiritual têm maior probabilidade de se sentirem sem esperança e, mais comumente, desejarem a morte. ⁽¹⁸⁾

Apesar da investigação mostrar que doentes que possuem crenças religiosas fundamentadas e equilibradas podem beneficiar dessas suas práticas, enfatizar a ligação entre a religião e a doença pode ser perigoso quando se tratam de doentes mais vulneráveis. ⁽¹⁰⁾ Estes doentes podem associar a doença a uma punição. Alguns autores, como Mannig-Walsh, afirmam que a dimensão religiosa leva a uma adaptação emocional precária, provavelmente associada a uma perspectiva punitiva de um Deus que castiga. ⁽¹¹⁾ Há, também, autores – ainda que não frequentes na revisão bibliográfica realizada – que afirmam que a espiritualidade tem as suas fragilidades, tais como aumentar a ansiedade, o *stress*, o sentimento de culpa e a depressão dos doentes. ⁽⁴⁾

6.1. INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO DOENTE ONCOLÓGICO

O doente com cancro é, mais do que um caso clínico ou uma doença, é uma pessoa única, fragilizada e carente, em constante busca de reconhecimento e realização pessoal e é esta condição, sobretudo, que pede e precisa de tratamento. ⁽¹⁾ Aliás, a abordagem psicológica destes doentes considera-os “seres portadores de uma doença” e não “seres doentes”; é colocada a ênfase nas potencialidades que não ficam comprometidas pelo adoecer. ⁽²¹⁾

A adaptação à doença oncológica depende de múltiplos fatores – físicos, psicológicos, sociais, espirituais, familiares e da etapa do desenvolvimento em que o indivíduo se encontra.

⁽²¹⁾ No seu livro “*On Death and Dying*”, Elisabeth Kubler-Ross descreve um conjunto de cinco etapas pelos quais as pessoas passam para lidar com um luto, uma perda ou tragédia; neste contexto, para lidar com o diagnóstico de um cancro. Na **Tabela 3** encontram-se listados as cinco fases do modelo de Kubler-Ross e alguns exemplos de afirmações ou sentimentos dos doentes em cada uma destas fases. ⁽³¹⁾

Tabela 3 – Fases do luto segundo Elisabeth Kubler-Ross ⁽³¹⁾

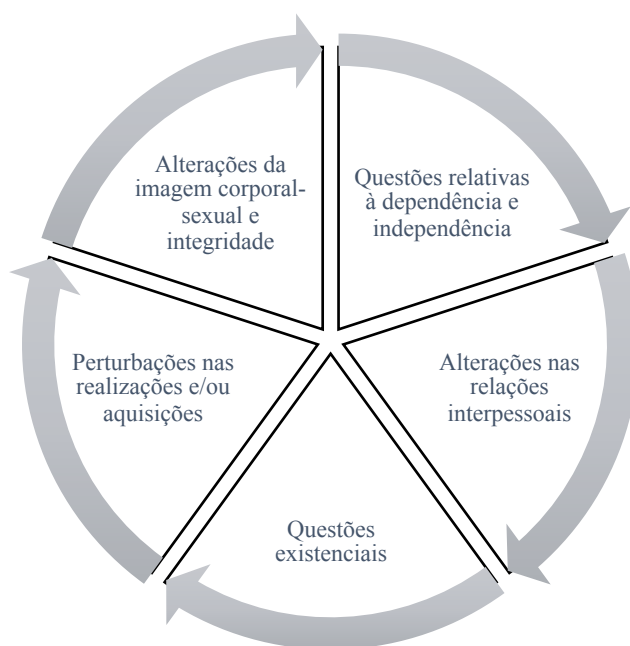
Modelo de Kubler-Ross	
Fase	Expressões comuns
Negação e Isolamento	“Não pode ser verdade, não pode estar a acontecer-me”
Raiva	“Porquê eu? Não é justo! Como é que isto pôde acontecer?”
Negociação	“Sim, mas...” “Faria qualquer coisa para...”
Depressão	“Sinto-me tão triste, não vale a pena”
Aceitação	“Vai ficar tudo bem”

É importante ressaltar que nem todos os doentes passam por todas as fases pela ordem listada. Muitos doentes estudados por Elisabeth, aliás, apresentaram duas ou três fases em simultâneo. ⁽³¹⁾

Em paralelo com as alterações físicas surgem as emocionais, como o isolamento do doente, mesmo que haja um bom suporte familiar e social, por estar condicionado por limitações da própria doença e/ou tratamentos, por se mostrar pouco interessado em estar com os outros e pelo desinvestimento em participar em atividades que lhe eram agradáveis. Nestas situações, aumentam, geralmente, os sintomas de insónia, fadiga e irritabilidade. Com a progressão da doença, os doentes, com frequência, apresentam níveis de ansiedade superiores. ⁽³²⁾

Rowland, em 1989, apresentou as *five D* que são cinco áreas de adaptação à doença oncológica, representadas na **Figura 4**. ⁽²¹⁾

Figura 4 - Áreas de adaptação à doença oncológica (five D), segundo Rowland ⁽²¹⁾



A presente revisão bibliográfica foca-se, sobretudo, nas questões existenciais que levam o doente a refletir sobre as perdas e/ou o sentido da vida, conduzindo à reflexão sobre a espiritualidade. ⁽²¹⁾

Segundo Cassel, a intensidade do sofrimento depende dos valores do sujeito, das suas vivências, das suas crenças e dos seus recursos. O sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana complexa. ⁽³²⁾ Quando se fala de sofrimento, é

importante distinguir dois conceitos: o existencial e o espiritual. O sofrimento existencial é um estado de *distress* do indivíduo que se confronta com a sua mortalidade e resulta de sentimentos de impotência, futilidade, desilusão, remorso, medo da morte e disrupção da identidade pessoal. Já o sofrimento espiritual engloba a desmoralização, a desesperança e a perda de dignidade associadas às preocupações que o doente tem em relação à doença. ⁽³²⁾

O cuidado espiritual promove a maximização das potencialidades das pessoas, valorizando as suas capacidades, renovando as suas esperanças e trazendo uma paz interior que lhes permite lidar com os problemas de uma forma mais equilibrada. ⁽⁸⁾ É possível que a espiritualidade ajude o doente a focar-se em aspetos de si próprio para os quais um corpo dorido, não funcional ou pouco atrativo são irrelevantes, aumentando, assim, o seu sentido de existência, quando as fontes de autoestima anteriormente utilizadas – como o estatuto social ou a aparência física – já não se encontram disponíveis. ⁽²⁾

Os doentes têm uma grande necessidade de serem escutados e compreendidos e querem conversar com os profissionais acerca da sua espiritualidade e até da sua religião. ^(13,25,30) Não procuram uma discussão teológica sobre o assunto nem uma solução espiritual por parte de quem os ouve; os doentes apenas pretendem que os seus prestadores de cuidados estejam interessados nesta dimensão das suas vidas. ⁽¹⁷⁾ Querem sentir-se suficientemente confortáveis para poderem levantar questões espirituais ao invés de serem confrontados com comentários julgadores ou desnecessários. ^(8,10,13,24) Estudos afirmam que 59% dos doentes querem que o médico os questione acerca da necessidade de ajuda espiritual. ⁽¹³⁾ Assim, todos os pacientes devem ser questionados sobre a sua fé e a sua espiritualidade, sobretudo aqueles a quem foi diagnosticado um cancro ou outra qualquer doença que leva ao confronto com a hipótese de finitude da vida. ^(24,26) Os médicos devem, desta forma, incluir a dimensão espiritual na história clínica e recolher informações básicas, mas importantes. Para isto, podem recorrer à utilização de acrónimos que facilitem este processo. Estes encontram-se listados na **Tabela 4**.

Os médicos não devem ter medo de, com a pergunta, ofender alguém. Se o doente se sentir ofendido, o médico deve pedir desculpa e continuar a consulta normalmente. ^(24,26)

Tabela 4 - Acrónimos utilizados, pelo médico, durante a colheita da história clínica, para questionar o doente sobre espiritualidade (Adaptado de Peteet J e Balboni M, 2013) ⁽²³⁾

Pontos a obter, durante a história clínica, sobre espiritualidade	
FICA	
F	F é e crenças
I	I mportância da espiritualidade na vida do doente
C	C omunidade espiritual de suporte
A	Forma como o doente quer que as questões espirituais sejam abordadas durante o processo de doença
SPIRIT	
S	S istema de crenças espirituais
P	P espiritualidade pessoal
I	I ntegração com uma comunidade espiritual
R	R práticas ritualizadas
I	I mplicações nos cuidados médicos
T	T Planeamento dos eventos terminais

Segundo Brigitte Miller ⁽¹³⁾, os doentes querem discutir, com o médico, os seus medos e ansiedades em 69% dos casos e os sintomas que podem surgir no futuro em 68% dos casos. Os doentes mais idosos preferem que seja o médico a iniciar este diálogo. Um terço dos doentes incluídos neste estudo queriam discutir questões relacionadas com a sua espiritualidade direcionadas para o diagnóstico de cancro e seu tratamento; 37% dos doentes em estudo receberam ajuda para lidarem com estas questões. ⁽¹³⁾

As necessidades espirituais dos doentes nem sempre são explicitadas por eles em todas as fases da doença; no entanto, é importante que não nos esqueçamos que esta dimensão não está

reservada às áreas paliativas ou ao fim de vida dos doentes. ⁽¹⁰⁾ Moadel ⁽¹¹⁾ e os seus colaboradores identificaram, em 1999, as necessidades espirituais de pessoas com cancro: manter a esperança, encontrar um significado de vida, ter recursos espirituais à disposição, sentir paz de espírito e discutir problemas relacionados com a morte e o morrer. A esperança é particularmente importante para quem enfrenta uma doença oncológica, pelo que os próprios valores e crenças a ajudam a construir e encontrar significado na própria vida. ⁽¹¹⁾

Vários trabalhos desenvolvidos têm demonstrado que a espiritualidade e/ou a religião é importante para os doentes ao ponto de influenciar as decisões terapêuticas. Discutir esta questão com os doentes tem inúmeros benefícios: fornece, ao médico, um melhor conhecimento sobre o seu sistema de crenças e sobre a forma como este pode afetar as decisões, fortalece a relação médico-doente, aumenta a comunicação entre ambos, aumenta a satisfação do doente com os cuidados prestados e melhora a qualidade de vida. ⁽²⁶⁾ Num estudo efetuado em doentes com carcinoma do pulmão em estadios avançados, estes afirmaram que, depois da recomendação terapêutica do médico, a fé em Deus era o segundo factor mais importante para a tomada da decisão, mais importante do que a própria eficácia do tratamento. ^(18,23)

A recuperação dos doentes ocorre mais facilmente quando, segundo Koenig ⁽⁸⁾, estes possuem um sistema de crenças e de valores otimistas que lhes permita atribuir um significado à vida, quando têm um grupo de amigos que os apoiam e que se preocupam com o seu bem estar e quando não há história de abuso de álcool e drogas. Muitos doentes consideram o bem-estar espiritual importante para uma melhor qualidade de vida durante e após o tratamento do cancro. ⁽¹⁰⁾ De acordo com Pearce e seus colaboradores ⁽²³⁾, doentes que receberam menos apoio espiritual do que desejavam, durante o processo de doença, apresentavam mais sintomas depressivos, menor aceitação e maior dificuldade em atribuir significado à doença.

É fundamental que os doentes conversem sobre o que estão a sentir, uma vez que dialogar pode ser sinónimo de integrar sentimentos e emoções; devem abrir-se e pedir ajuda. Conversar gera e faz circular vida. ⁽¹⁷⁾ Estes doentes podem, portanto, beneficiar de psicoterapia em grupo. A força de grupo reside na vivência de uma experiência partilhada com pessoas com desafios semelhantes devido à doença e ao tratamento. Esta partilha ajuda as pessoas a não se sentirem sozinhas, a partilharem formas de lidar com os desafios e descobrir qual o método mais eficaz para cada uma delas. ⁽³³⁾

Segundo um estudo realizado em 2010 ⁽¹¹⁾, a espiritualidade assume um valor superior para as mulheres – que estará relacionado com os fatores culturais em que a dimensão espiritual e religiosa é assumida como mais relevante por este género – e para as pessoas mais idosas. Este estudo refere, também, que pessoas com habilitações literárias mais baixas, nomeadamente com o 1º ciclo, conferem maior importância à dimensão das crenças do que pessoas com formação superior, o que indica que pessoas com menos formação refugiam-se mais na dimensão transcendente. Ainda neste trabalho, é referido que o recurso à dimensão espiritual/religiosa diminui ao longo do tempo após o fim dos tratamentos.

Nos momentos de dor e de sofrimento, muitos doentes procuram justificações que vão muito para além da capacidade racional e biológica para a doença. Existem artigos que referem que alguns doentes, durante o processo de doença e perante a hipótese de finitude da vida, repensam as próprias vidas; não é, aliás, incomum que doentes com cancro façam grandes mudanças nas suas vidas – mudar de emprego, recomeçar uma relação ou terminar outra, mudar de estilo de vida. Os doentes começam a valorizar mais o que realmente é importante para eles quando estão perante uma doença associada à morte. Nestes doentes, tem-se observado que quanto maior é o grau de aceitação e de compreensão do que está a acontecer, melhor é a tolerância à dor e maior a capacidade de enfrentar a doença. ^(12,18)

6.2. INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA FAMÍLIA DO DOENTE

Cuidar de alguém com cancro é um papel difícil e exigente que vai mudando ao longo do tempo, de acordo com a evolução da doença. Geralmente, estádios mais avançados implicam maior dependência e, em consequência, mais cuidados. ⁽²²⁾ A dimensão das exigências é tão grande que os cuidadores podem sentir-me exaustos ou desenvolver quadros psicopatológicos, como sintomas depressivos e ansiosos. É, por isso, importante reconhecer e valorizar o papel dos familiares, já que contribui para o bem estar do doente e da família. ⁽²²⁾

Contudo, os profissionais de saúde nem sempre têm em conta as necessidades espirituais das famílias. ^(24,34) Desde a década de 70 do século passado que os cuidadores passaram a ser considerados como uma constante na intervenção junto do doente, constituindo um desafio, uma vez que é reconhecida a influência mútua entre as necessidades da família e as necessidades do doente. Os familiares beneficiam de estarem próximos do doente, sentindo-se úteis. É relevante perceber o impacto da doença nos princípios, valores e crenças familiares, uma vez que é necessário encontrar um significado para a situação. ⁽³²⁾

A avaliação das famílias pode ser realizada em qualquer momento ao longo do curso da doença – preferencialmente ocorre no momento do diagnóstico, mas pode ocorrer em qualquer fase do processo. Esta avaliação permitirá identificar os elementos da família que terão mais probabilidade de vir a desenvolver problemas físicos e/ou psicológicos e quais podem constituir uma fonte de suporte consistente. ⁽³⁴⁾

É, também, importante percebermos o tipo de relações da família com o exterior, isto é, o suporte social da família e não apenas dos seus membros. É fundamental percebermos a eficácia das relações entre as pessoas e não o número de pessoas que fazem parte da rede social de apoio. Por isso, os profissionais de saúde devem preocupar-se com a promoção das relações efetivas – e não só afetivas – entre os diferentes elementos. ⁽³²⁾ Qualquer profissional de saúde pode fazer perguntas simples: “Como é que a família se está a sentir/Como está a

família?” ou “Como é que estão a correr os cuidados ?/Como estão a correr as coisas em casa?”. Apesar de serem questões simples e breves podem elucidar sobre o funcionamento da família. Estas questões feitas de forma sistemática podem constituir um momento importante de triagem para avaliar a necessidade daquela família de receber ajuda especializada. ⁽³⁴⁾

Principalmente nos casos em que as tarefas da família estão centradas na pessoa doente, esta condição vai conduzir a uma desorganização funcional de todo o sistema familiar. Mesmo em famílias onde as funções estão distribuídas de uma forma equilibrada, ocorrem alterações funcionais que implicam a necessidade de redistribuir papéis familiares para manter a funcionalidade do sistema. Pode, por isto, ser importante os profissionais de saúde ajudarem as famílias a lidarem com esta reestruturação necessária. ⁽³²⁾ As famílias devem ser incentivadas a procurar momentos de lazer para equilibrar o constante desgaste de cuidar de alguém doente. E. Kubler-Ross explica no seu livro que a família deve rentabilizar a sua energia, evitando chegar ao ponto de rotura em que há um colapso familiar quando esta é mais necessária. ⁽³¹⁾

Uma relação de confiança entre a equipa, a família e o doente permite uma comunicação mais eficaz, facilitando a partilha de informação relevante, a ponderação de opções terapêuticas, a tomada de decisões, o apoio psicológico e a manutenção da esperança. A família é parceira na prestação de cuidados e a equipa de profissionais deve ajudá-la a adaptar-se à situação de doença. ⁽²²⁾ É importante que as famílias consigam aceitar a doença, a reorganização e reagrupamento da própria família, a reorganização da relação com o exterior e a reafirmação do sentimento de pertença ao novo sistema familiar. ⁽³²⁾

William Grosch, psiquiatra, num artigo em que nos fala da forma como ele próprio lidou com a sua doença oncológica, escreve que o facto de ter passado por este processo acompanhado pela sua esposa tornou a ligação afetiva existente no matrimónio mais coesa. ⁽³⁵⁾

Segundo a literatura mais atual, apesar do impacto do cancro na família e da importância dos familiares nos cuidados ao doente, os serviços de saúde não privilegiam, ainda, a integração da família como um dos aspetos do tratamento e, habitualmente, não focam a sua intervenção em ajudar a família a desempenhar novos papéis. ⁽³⁴⁾

6.3. INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Oncologia, bem como todas as áreas que lidam com os doentes oncológicos, é uma especialidade complexa, exercida sob pressões emocionais, temporais e financeiras e, muitas vezes, sem o treino necessário para uma comunicação básica ou para saber lidar com os sentimentos normais de tristeza e ansiedade existentes nestes doentes. ⁽¹⁰⁾

Segundo o artigo 51º do Código Deontológico dos Médicos, o médico deve respeitar as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente. Todo o doente tem o direito a receber ou a recusar conforto moral e espiritual. ⁽³⁶⁾

Sendo a nossa sociedade laica, o espiritual continua a não ser reconhecido ou a ser confundido com o religioso. A par disto, a negação da hipótese de morte e a onnipotência da técnica têm contribuído muito para a falta de espiritualidade observada na maioria das unidades de cuidados de saúde. ⁽²⁾ Em todos os cuidados de saúde, sobretudo quando se tratam de doenças oncológicas, a espiritualidade entra como fator privilegiado de humanização e personalização. ^(1,8) Quando a espiritualidade do curador e o respeito pelo ser espiritual do doente estão presentes, qualquer ato médico adquire um sentido profundo e torna-se ação humanizadora. ⁽¹⁾ Ter em consideração a espiritualidade (e, se adequado, a religiosidade) pode não alterar a forma como tratamos a doença, mas altera a forma como tratamos o doente. ⁽³⁰⁾ A valorização da vida, o cuidado do ser humano do ponto de vista integral e o respeito da individualidade representam aspetos fundamentais na atuação dos profissionais. ⁽⁸⁾ Efetivamente a qualidade de vida do doente deve ser considerada o objetivo *major* nos cuidados de saúde prestados às pessoas com doença oncológica. ⁽¹¹⁾

Os médicos e a equipa de profissionais de saúde não têm que partilhar a mesma experiência que o doente, mas devem entender o carácter único das necessidades psicossociais e espirituais de cada doente, bem como a sua doença enquanto processo biológico. ⁽⁴⁾

O “*American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians*”

reconhece a importância dos profissionais de saúde atenderem aos aspetos culturais, psicossociais, existenciais, espirituais e religiosos do sofrimento dos pacientes e aprenderem a inclui-los no tratamento dos doentes, criando um tratamento adequado a cada indivíduo. ⁽¹⁰⁾

Se o curador não percebe ou não valoriza a necessidade de perdoar e de ser perdoado, de poder exprimir as suas “últimas vontades”, se não aguenta o silêncio e a aparente incomunicação, ou não tem perfil ou não está ainda preparado para integrar uma equipa que cuida de doentes oncológicos. ⁽¹⁾

É fundamental que os médicos respeitem as decisões dos doentes capazes de decidir, muitas vezes baseadas em crenças espirituais e religiosas. Os doentes espontaneamente levantam questões e preocupações espirituais aos seus médicos que não estão relacionadas – pelo menos, diretamente – com o tomar de decisões. Por isso, é quase impossível aos médicos ignorar ou evitar reconhecer que existe uma componente espiritual importante na relação médico-doente, que é ainda maior quando se trata de uma doença oncológica. ⁽¹⁰⁾ Antonella Surbone e Lea Baidar ⁽¹⁰⁾, com base na sua experiência em Oncologia e em Psico-oncologia, desenvolveram uma lista (**Tabela 5**) de estratégias que podem ajudar os profissionais de saúde a lidar com os doentes.

Tabela 5 - Estratégias para ajudar os profissionais de saúde a estabelecer relação com os doentes (Adaptado de Surbone, A. e Baider, L., 2010) ⁽¹⁰⁾

Estratégias para ajudar os profissionais de saúde a estabelecer relação com os doentes	
Formas de abordar a espiritualidade dos doentes oncológicos	
Estar fisicamente presente e disponível.	
Mostrar compaixão.	
Partilhar inseguranças e esperanças.	
Postura aquando do contacto com os doentes (consultas,...)	
Não evitar os sentimentos do doente (verbalizados ou não).	
Não usar expressões ou metáforas vagas.	
Não dar recomendações ambíguas ou indiretas.	
Não distorcer as questões dos doentes.	
Usar respostas honestas como “Eu não sei, mas vou procurar”.	
Mudar o comportamento do próprio médico	
<i>De:</i>	<i>Para:</i>
Um profissional autoritário distante.	Uma pessoa empática.
Um médico com quem é desconfortável conversar.	Um médico que conhece os seus próprios valores, sentimentos, medos e esperanças.
Um médico que se sente incapaz e inadequado.	Um médico com uma vontade genuína de cuidar e de ajudar.

Muitos médicos não reconhecem a importância da espiritualidade até eles próprios passarem para o papel de doente. ⁽²⁴⁾ Dyer, médico, escreveu um artigo de reflexão em que fala da sua experiência enquanto doente oncológico. ⁽⁴⁾ Neste, ele refere que durante a sua doença as pessoas mais espirituais que ele encontrou foram os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde; a presença e o cuidado constantes destes iam muito além dos detalhes mundanos dos fármacos e dos valores laboratoriais. Dyer considerou esta vivência uma ótima integração do espiritual com as restantes dimensões do ser humano. ⁽⁴⁾ Grosch, no

seu artigo, refere que, durante a evolução da doença, o tratamento e a recuperação, sentiu uma grande ligação espiritual com muitos dos prestadores de cuidados de saúde. Refere, ainda, que alguns dos seus médicos reconheciam existir uma componente espiritual importante no processo de recuperação do cancro. ⁽³⁵⁾ Segundo Klitzman, “*the more we are aware of what it’s like to be a patient, the better doctors we can be*” (quanto mais conscientes somos de como é ser doente, melhores médicos podemos ser). ⁽²⁴⁾

Os doentes apresentam motivos pelos quais julgam ser importante os profissionais de saúde atenderem às suas necessidades espirituais. É importante que os médicos e enfermeiros compreendam a forma como as suas crenças interferem no seu problema de saúde, que os compreendam melhor como pessoas, que ajudem a construir um sentido de esperança realista e que sejam capazes de os escutar. ^(9,12) A atenção dispensada pelos profissionais de saúde à vida subjetiva dos doentes, à sua afetividade e interioridade pode, de facto, contribuir de forma decisiva para a sua reabilitação física, psicológica e espiritual, aumentando a sua qualidade de vida. ⁽²⁾ Além disto, o conhecimento, pelo médico, das crenças do doente e o respeito por elas levam frequentemente a uma maior satisfação (dos médicos e dos doentes) com as decisões terapêuticas tomadas. ⁽¹²⁾

Médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais envolvidos na área da Oncologia podem – e devem – encontrar maneiras efetivas de partilhar as questões espirituais com os seus doentes, estando mais preparados para atender às suas necessidades. A comunicação a um nível espiritual na relação médico-doente requer uma grande abertura ao diálogo sobre questões profundas. Saber que os profissionais de saúde acreditam na importância da dimensão espiritual – e que a aplicam nas suas vidas pessoais – conduz a uma maior confiança e segurança por parte dos doentes oncológicos. ⁽¹⁰⁾

O médico não deve, contudo, impor uma intervenção espiritual específica; deve propor uma exploração genuína com o doente sobre como este entende a sua doença e a sua vida e

sobre como este conhecimento pode ajudá-lo a viver uma vida mais serena e mais preenchida apesar do diagnóstico e das circunstâncias. ^(10,30) Os profissionais de saúde devem evitar induzir o doente a uma qualquer prática espiritual já que cada doente é diferente e único; devem resistir a uma abordagem “*one-size-fits-all*”. Devem, ao invés, juntamente com o doente, perceber qual a intervenção que mais se adequa e que mais significado e utilidade trará ao doente. ^(26,30)

Em 2001 foi realizado um estudo que revelou que 95% dos Norte Americanos acreditam em Deus ou num Ser Superior; 94% dos doentes admitidos nos hospitais acreditam que a saúde emocional é tão importante quanto a saúde física; 77% acredita que os médicos deveriam ter em consideração as suas necessidades espirituais; 73% acreditavam que deviam partilhar com o médico as suas crenças religiosas; 66% demonstraram que seria interessante – e importante – que o médico lhes perguntasse sobre a sua espiritualidade. Apesar destes resultados, este estudo afirma que 80% dos médicos nunca, ou muito raramente, discutem questões espirituais ou religiosas com os seus pacientes. ^(2,12) Estes dados são exemplificativos de que a maioria dos doentes considera importante que os profissionais de saúde tenham em conta a dimensão espiritual do ser humano aquando da prestação de cuidados, já que a doença não envolve apenas a componente científica da mesma. ^(10,18,23,24) Isto não significa que o médico deva rezar com os seus doentes ou que deva acreditar no mesmo que eles; significa que deve ter esta dimensão em consideração e que deve questionar os seus doentes acerca desta. ^(10,18,24)

Outros estudos apontam que, apesar de ser fundamental atender às necessidades espirituais dos doentes, estes cuidados não são tão frequentes como desejado. Um estudo realizado com oncologistas mostrou que um terço não avalia rotineiramente as necessidades espirituais dos seus doentes e, os que o fazem, geralmente utilizam métodos não válidos. ⁽¹⁸⁾ Ferrel ⁽³⁷⁾ levou a cabo um estudo em que foram questionados médicos e enfermeiros sobre a sua capacidade

(e desejo) de providenciar cuidados espirituais aos doentes e quais as principais barreiras encontradas na prática clínica. Muitos dos profissionais de saúde (74% dos enfermeiros e 60% dos médicos) gostariam de responder às necessidades espirituais dos doentes “pelo menos ocasionalmente”. Uma minoria dos profissionais não demonstraram interesse em terem formação específica para as questões relacionadas com a dimensão espiritual dos doentes; coincidentemente estes demonstraram níveis mais baixos de espiritualidade.

As principais barreiras encontradas por médicos e enfermeiros foram a falta de tempo (72%), preparação inadequada (61%), falta de privacidade (52%) e a ideia que outros prestarão melhores cuidados (50%).^(13,18,37)

Como referido acima, é consensual que os doentes têm uma grande necessidade de serem escutados e compreendidos. Dialogar com os doentes acerca do cancro e dos sentimentos por ele despoletados continua a ser uma tarefa desafiante para os médicos.⁽⁴⁾ Um dos momentos mais exigentes da intervenção diz respeito precisamente à comunicação do prognóstico da situação clínica.⁽³²⁾ Kubler-Ross refere que partilhar com o doente uma informação difícil é uma arte.⁽³¹⁾ Apesar de a comunicação entre o médico e o doente exigir capacidades que não são, de todo, menos complexas do que a compreensão da anatomia e fisiopatologia do corpo humano, a aprendizagem das capacidades comunicativas é bastante menos rigoroso (ou ausente, em demasiadas situações). Há uma escassez de formação baseada na evidência no domínio da comunicação, deixando esta capacidade à mercê da intuição e da tentativa e erro do médico que pode levar a um compromisso da relação médico-doente com consequente retenção de informação importante, dificuldade de esclarecimento dos objetivos terapêuticos e de questões – biológicas, pessoais ou espirituais – dos doentes.⁽³⁸⁾

Num estudo realizado por Elisabeth Kubler-Ross, os doentes referiam que o que mais os confortava era a empatia sentida com o médico: sentirem que se faria tudo o que fosse possível, de que existiam opções terapêuticas adequadas a cada um, de que havia esperança.

Segundo a autora, se a notícia for comunicada desta forma simples e empática, o doente aumenta a confiança e a proximidade do médico, levando a que o doente se sinta confortável para partilhar com ele os seus medos quanto à doença e ao processo que se aproxima. ⁽³¹⁾ Uma melhor comunicação é vantajosa para todos os intervenientes no processo. As vantagens para os doentes e para os médicos encontram-se listadas na **Tabela 6**. ⁽³²⁾

Tabela 6 - Vantagens de uma comunicação eficaz entre o médico e o doente. ⁽³²⁾

Vantagens da comunicação Médico/Doente	
Vantagens para os doentes	Vantagens para os médicos
Maior satisfação e adesão à terapêutica	Melhor controlo das emoções
Melhor adaptação à doença	Menores níveis de <i>distress</i>
Maior estabilidade emocional	Melhor qualidade dos cuidados prestados
Maior controlo da dor	Maior satisfação profissional
	Menos situações de <i>burnout</i>

Uma revisão realizada por Kearney et al. ⁽⁸⁾, identifica que os profissionais de saúde em geral, sobretudo os que lidam diariamente com a doença oncológica, estão sujeitos a uma vasta lista de situações de *stress* que, com frequência, conduzem a situações de *burnout*. Há evidências de que a espiritualidade pode prevenir os síndromes de *burnout* e *compassion fatigue*, melhorando a qualidade de vida dos profissionais. ^(8,23) Um estudo com cerca de 230 médicos mostrou uma correlação inversa entre a espiritualidade e o *burnout*. ⁽²³⁾

Os profissionais de saúde recebem pouco ou nenhum treino para lidarem com a humanidade do doente, com a sua dimensão espiritual e com a forma como devem ser abordados e discutidos estes temas. ⁽¹³⁾ Assim, a formação das equipas apresenta-se como prioritária, pois é o garante da qualidade dos cuidados de saúde prestados. ⁽²²⁾ Perante o desafio (contínuo) de aprimorar o cuidado do ser humano nos estados de doença, respeitando-o como um ser integral, muitas escolas médicas têm incluído atividades relacionadas com a

importância da espiritualidade para a saúde e o bem-estar das pessoas, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. ⁽⁸⁾ Em 1992, apenas 2% das escolas médicas dos Estados Unidos ofereciam atividades relacionadas com a espiritualidade; em 2008, 100 a 150 faculdades ofereciam alguma atividade relacionada com este tema (palestras, discussões e entrevistas a doentes) e em 75 desta centena a frequência destas atividades era parte integrante do programa curricular. ⁽⁸⁾ A inserção da espiritualidade como tema transversal no ensino da área da saúde significa considerá-la uma variável importante no tratamento dos doentes, sendo que este e outros conteúdos da área da Psico-oncologia devem ser obrigatoriamente incluídos no plano de formação contínua dos profissionais de saúde. ^(8,22)

O apoio e/ou acompanhamento espiritual nos doentes oncológicos supõe, mais do que uma competência técnica, uma espiritualidade madura por parte do profissional. Exige uma visão aberta ao transcendente, ao sentido da vida, à compreensão do ser pessoa, independentemente das suas crenças e ideologias, mas centrado no outro a tratar. Cabe aos profissionais de saúde desenvolver uma ética de respeito: respeito é olhar de frente, olhos nos olhos, na maior fragilidade e decadência, e sentir-se pessoa diante de outra pessoa. ⁽¹⁾ Pode haver um especialista em apoio espiritual – um “conselheiro” ou “acompanhante” espiritual – que não tem que se confundir automaticamente com o capelão, ainda que possa ser este. ⁽¹⁾ O capelão tem um papel importante, mas todas as pessoas envolvidas com os cuidados ao doente devem atentar às necessidades espirituais dos doentes oncológicos. ⁽²⁴⁾

O melhor especialista é a pessoa madura que não foge, não coisifica e mantém o bom humor, dá sentido às pequenas coisas, sustenta o diálogo, ajuda a interpretar e a enfrentar a angústia e a solidão; aquele que tem uma presença que dá segurança (sem mentir) e ajuda a pessoa a transcender-se e a transcender a situação. ⁽¹⁾ É, para isto, extremamente importante que os médicos – bem como os restantes profissionais – estejam familiarizados com a sua espiritualidade, se conheçam bem a si próprios, conheçam o que os deixa ansiosos e, se o

doente perguntar alguma coisa acerca da sua espiritualidade, conhecerem bem a sua zona de conforto. Isto permitir-lhes-á serem melhores a reconhecer, entender e ajudar os doentes nas suas necessidades e preocupações espirituais. ^(10,24) No fim, os melhores cuidados de saúde, especialmente os oncológicos, são baseados na capacidade de partilhar com o doente e, sobretudo, de lhe permitir partilhar com os profissionais todas as suas questões - biológicas, pessoais, sociais e espirituais. Isto só é possível se estes forem permitidos e encorajados a desenvolver um forte sentido do seu próprio caminho espiritual, aliado ao conhecimento científico, técnico e às suas capacidades de comunicação, aspetos desenvolvidos desde o início da sua formação. Os profissionais de saúde desta área podem, assim, ser capazes de construir laços mais fortes com os seus doentes durante o processo de doença que, inevitavelmente, envolve uma procura do sentido da vida, do espiritual. ⁽¹⁰⁾

CAPÍTULO 7. – CONCLUSÃO

Com a melhoria dos métodos diagnósticos e das terapêuticas utilizadas, há um aumento crescente do número de sobreviventes de cancro ou seja, do número de doentes “curados” da doença. Contudo, o diagnóstico de uma neoplasia continua a estar envolto, nos dias de hoje, por uma aura negativa, ameaçadora de morte. Este diagnóstico leva os doentes a confrontarem-se com a hipótese da sua própria finitude. Por isso, este diagnóstico muda os doentes, mesmo após a cura; força-os a reestruturarem as suas vidas e a reorganizarem as suas prioridades.

Cada pessoa com uma doença tem, para além desta, uma experiência de vida e necessidades singulares que exigem uma abordagem e um tratamento únicos. A pessoa humana é um ser complexo biopsicossocioespiritual. Uma vez que todos os seres humanos são seres espirituais, urge tratar cada doente em todas as suas dimensões. É atualmente consensual que a dimensão espiritual constitui um importante mecanismo de *coping*, que está diretamente relacionado com a qualidade de vida dos doentes e menores índices de ansiedade, desesperança, depressão e suicídio; aumenta, também, a adesão ao tratamento, encoraja a cooperação com os médicos, melhora as relações pessoais do doente e aumenta a satisfação com a vida, apesar da doença.

Os doentes têm um grande necessidade de comunicarem e de serem escutados. Em todos os cuidados de saúde, a espiritualidade entra como fator privilegiado de humanização e personalização. Como tal, parece-me fundamental que os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, conversem com os doentes sobre esta questão e que demonstrem compreensão e respeito por esta dimensão e pela influência que esta tem na sua vida. Com esta revisão, torna-se claro que existe uma deficiente formação dos profissionais de saúde relativamente às questões humanas da medicina, área que deve ser alvo de investimento no futuro. Há, ainda, uma dificuldade em abordar questões pessoais e profundas dos doentes, em questionar sobre as suas crenças, em ser apoio emocional para os doentes. Esta dificuldade constitui,

obviamente, uma barreira à abordagem holística do doente. Afinal, os melhores cuidados de saúde assentam, sobretudo, na capacidade de permitir ao doente partilhar connosco – médicos, enfermeiros, psicólogos – todas as suas questões, desde as biológicas às espirituais. Isto só é possível se estes forem permitidos e encorajados a desenvolver um forte sentido do seu próprio caminho espiritual, aliado ao conhecimento científico, técnico e às suas capacidades de comunicação.

É interessante referir que a palavra “cuidar” vem do latim *cogitare* que significa pensar bem, ponderadamente, caso a caso. E termino este trabalho com a convicção de que a visão holística – e o modelo biopsicossocioespiritual – é, efetivamente, a única forma possível para cuidar do doente. Afinal, tal como escreve o padre jesuíta Vasco Pinto de Magalhães, “*A pessoa é mais do que a sua doença*”.⁽¹⁷⁾

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva e à Mestre Ana Cabral, dotados de inúmeras qualidades científicas e humanas, por terem aceite orientar-me neste projeto, por terem partilhado comigo o seu conhecimento e por estarem sempre disponíveis para me ajudarem nesta revisão bibliográfica. Muito obrigada.

À minha Mãe, Helena, por ser a minha maior referência. Por ser o meu exemplo de vida. Por ser a Mulher mais corajosa, mais lutadora e mais maravilhosa que conheço. Por ser serenidade na minha vida. Por ser o meu maior porto seguro. Por ser Mãe todos os dias.

À minha Irmã, Inês, por ser o meu maior orgulho e o meu maior desafio. Por ser a alegria e o amor que me entrou tantas vezes pelo coração dentro. Por ser o maior tesouro da minha vida, o meu ∞.

Aos meus Avós, Salete e Zé Alberto: a ela por rezar este meu trabalho; a ele por ser meu Pai e por acreditar em mim com todo o seu coração.

Ao Barata, por ser o meu melhor amigo e o melhor companheiro da minha vida. Por me ter vigiado os passos nem sempre seguros neste trabalho e por me ter dado a mão tantas vezes. Por escutar e acolher todos os meus “totally random thoughts” deste trabalho e da vida.

À Joana Filipa, à Joana Amaral e à Inês Silva por serem as minhas melhores amigas. Por serem uma das maiores maravilhas da minha vida. Por serem alento e apoio durante este trabalho. Por serem as minhas contadoras de crónicas preferidas.

À Duda por ser minha irmã, por ser a minha maior amiga no Senhor. Pelo coração sempre disponível para tudo. Nunca conseguirei agradecer o tanto bem recebido deste coração. Everytime. Everywhere.

Ao João Manuel sj por ter sido tantas e tantas e tantas vezes fonte de alento e de esperança. Por ter sido sempre amigo presente e ânimo neste percurso. Por me ensinar a ver e a viver a vida de uma forma encarnada.

À Eduarda que foi sempre companhia durante todo este trabalho, nos momentos de desânimo e de falta de esperança e nos momentos de mangas arregaçadas e de garra. Obrigada pela companhia incansável. No trabalho, no curso e na vida.

Ao Miguel, o meu grande amigo. Por partilharmos tanto com tão poucas palavras.

À Joana Mendes pelo coração bonito onde posso sempre descansar.

Ao Francisco por um ser um “amigo em condições” e um coração do tamanho do mundo.

À Kika pelo cuidado, pela atenção, pelo carinho, pela preocupação e pela amizade.

À Patrícia por ser sempre a Meredith da minha vida.

Às Girafas, a minha CVX, que me acompanharam em todo este percurso e que rezaram comigo este trabalho; que choraram as minhas derrotas e os meus medos e que sorriram comigo as minhas conquistas.

Ao Colégio da Imaculada Conceição, aos Campinácios e à Companhia de Jesus por me terem feito descobrir esta vertente da (minha) vida, a espiritualidade, e por me terem tornado curiosa para querer saber mais. Por terem sido sempre alegria, entusiasmo e alento neste trabalho.

A Deus confiei e entrego, agora, este trabalho: trabalhei como se tudo dependesse de mim, confiei como se tudo dependesse dEle.

BIBLIOGRAFIA

1. Pinto V. Artigo original Espiritualidade e apoio espiritual em cuidados paliativos Vasco Pinto de Magalhães. 8(1):15–8.
2. João Paulo Pestana, David Estevens JC. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. 2009;125–58.
3. Lazenby JM. On “ spirituality ,” “ religion ,” and “ religions ”: A concept analysis. 2010;469–76.
4. Dyer AR. The Need for a New ““ New Medical Model ””: A Bio-Psychosocial-Spiritual Model. 2011;104(4):297–8.
5. WHO [Internet]. [cited 2016 Jan 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
6. WHO [Internet]. [cited 2016 Jan 12]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en/>
7. Nuno Miranda, Portugal C, Nogueira PJ, Farinha CS, Soares A, Alves MI, et al. Portugal - Doenças Oncológicas em números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2014;85.
8. Rossano André Dal-Farra CG. Proposições Metodológicas. Rev Bras Educ Med. 2010;34(4):587–97.
9. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. Arq Med. 2007;21(2):47–53.
10. Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care. 2010;73:228–35.
11. Ribeiro J, Pinto C. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro : implicações na qualidade de vida. Rev Port Saúde Pública. 2010;28:49–56.
12. Costa S. Espiritualidade : Um recurso importante na terapêutica do paciente

- Spirituality : An important resource in the treatment of cancer patients . (31):1–10.
13. Miller B. Spiritual journey during and after cancer treatment. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2005;99(3):S129–30.
 14. Levine EG. The relationship between physical factors, coping, and spirituality in cancer patients. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2005;99(3):S133–4.
 15. Fitchett G, Canada AL. e Role of Religion / Spirituality in Coping with Cancer : Evidence , Assessment , and Intervention.
 16. Lichtenthal WG, Applebaum AJ, Breitbart WS. Meaning-Centered Psychotherapy. In: Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen MPB, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. *Psycho-Oncology*. 3^a ed. Oxford University Press; 2015. p. 475–9.
 17. Magalhães VP. Espiritualidade, Esperança e Sentido da Vida em Oncologia. In: Albuquerque E, Cabral AS, editors. *Psico-oncologia Temas Fundamentais*. 1^a ed. LIDEL; 2015. p. 399–402.
 18. Puchalski CM. symposium article Spirituality in the cancer trajectory. 2012;23(Supplement 3).
 19. McCain NL. Psychoneuroimmunology, spirituality, and cancer. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2005;99(3):S121.
 20. Oliveira MA, Almeida SS. Psiconeuroimunologia e cancro. In: Albuquerque E, Cabral AS, editors. *Psico-oncologia Temas Fundamentais*. 1^a ed. LIDEL; 2015. p. 15–22.
 21. Nave AC, Moura M de J. Ciclo de Vida, Personalidade e Coping. In: Albuquerque E, Cabral AS, editors. *Psico-oncologia Temas Fundamentais*. 1^a ed. LIDEL; 2015. p. 35–42.

22. Leão MP, Albuquerque E. Cuidados Paliativos em Oncologia. In: Albuquerque E, Cabral AS, editors. Psico-oncologia Temas Fundamentais. 1ª ed. LIDEL; 2015. p. 73–84.
23. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2013;63(4):280–9.
24. Nelson R. Spiritual needs of cancer patients important part of care [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/830317>
25. Dyer AR. Spirituality and Cancer : An Introduction. 2011;104(4):287–8.
26. Best M, Butow P, Olver I. Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Support Care Cancer* [Internet]. 2014;22(5):1333–9.
27. Meraviglia M. Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors. 2006;33(1):1–8.
28. Allmon AL, Tallman B a, Altmaier EM. Spiritual growth and decline among patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2013;40(6):559–65.
29. Ben-Arye E, Bar-Sela G, Frenkel M, Kuten A, Hermoni D. Is a biopsychosocial-spiritual approach relevant to cancer treatment? A study of patients and oncology staff members on issues of complementary medicine and spirituality. *Support Care Cancer* [Internet]. 2006;14(2):147–52.
30. Cannon BSSAJ. Does it pay to be spiritual (but not necessarily religious)? [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/845919_2
31. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan Publishing; 1969.
32. Nave AC, Moura MJ. Exigências emocionais no contexto dos cuidados paliativos –

- doente, família e profissionais de saúde. Rev GECP. 2011;1:19–28.
33. Kissane DW, Ngan C. Supportive-Expressive and Other Forms of Group Psychotherapy in Cancer Care. In: Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen MPB, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. Psycho-Oncology. 3^a ed. Oxford University Press; 2015. p. 532–8.
34. Moreira MS, Branco M. Adaptação Familiar à Doença e ao Ciclo de Vida. In: Albuquerque E, Cabral AS, editors. Psico-oncologia Temas Fundamentais. 1^a ed. LIDEL; 2015. p. 43–54.
35. Grosch WN. Reflections on Cancer and Spirituality. 2011;2010–1.
36. Nunes P. Código Deontológico dos Médicos. Diário da República. 2008;77.
37. Ferrell BR. Do we provide spiritual care to terminally ill patients? Shoud we? 2015.
38. Chochinov HM, Campbell-Enns H. Healthcare Provider Communication The Model of Optimal Therapeutic Effectiveness. In: Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. Psycho-Oncology. 3^a ed. Oxford University Press; 2015. p. 437–42.