****

****

****

****

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO NO CUIDAR**

O que é a espiritualidade e o que é a religião …

Porque é que a espiritualidade é um objecto de estudo atualmente …

Como inserir a espiritualidade no processo de cuidados …

É considerado que a espiritualidade é uma misteriosa e complexa dimensão da existência humana, que envolve aspetos na vida diária que são profundamente pessoais e sensíveis, como a religião ou a filiação religiosa e é tão mais complexa quanto mais envolve aspetos da vida na sua interligação com as crenças, os valores e a cultura.

A espiritualidade vem dar significado a algumas interrogações humanas muito ligadas aos valores, a estilos de vida, às crenças que se expressam em práticas religiosas, a crenças da relação do ser humano com Deus, com a natureza, com a beleza, com a arte e veio fornecer avanços importantes na compreensão de muitos comportamentos individuais e coletivos.

É fundamental a participação dos profissionais que se interrogam sobre a dimensão espiritual nas diversas fases dos cuidados de saúde, concretamente na conceção, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem e ainda na gestão, formação e investigação, para se promover a eficácia e a qualidade das práticas de cuidados de saúde na globalidade.

Partindo do pressuposto de que qualquer sistema de saúde deve estar centrado no seu utilizador, importa que as suas necessidades sejam satisfeitas, pelo que também na sua dimensão espiritual a apreciação, o diagnóstico, o planeamento, a execução e a avaliação dos cuidados de saúde seja de fundamental importância.

O Plano Nacional de Saúde de 2004/2010, alertou-nos para a necessidade de se prestar atenção à dimensão espiritual e religiosa do ser humano, quando refere que a pluralidade cada vez maior de opções espirituais e religiosas da sociedade portuguesa se expressa, no seio do Sistema de Saúde, em necessidades progressivamente diferenciadas.

Sendo a cultura dominante caraterizada por uma certa crise de sentido, torna-se mais difícil a relação com o sofrimento e nomeadamente com a morte, que cada vez mais acontece nas instituições de saúde. O tempo da doença surge como o grande lugar de emergência das questões antropológicas e espirituais e as pessoas esbarram com a experiência da doença, estando cada vez menos preparadas para a enfrentar e integrar.

O envelhecimento da população faz subir, nos internamentos, o número de idosos que solicitam mais a assistência religiosa e as doenças novas, tal como novas possibilidades terapêuticas, determinam longos internamentos, que pedem um tipo de apoio que ultrapassa o âmbito do apoio psicológico e constitui, especificamente, pedido de apoio espiritual e, muitas vezes, de assistência religiosa.

Também surgem atualmente novas formas de vivência religiosa acompanhadas de fenómenos de proselitismo, que nos hospitais encontram espaço privilegiado para se exercerem dada a situação de fragilidade que as situações de doença provocam em muitas pessoas.

O atual Plano Nacional de Saúde 2011/2016 considera o cidadão no centro do sistema de saúde onde assume diferentes papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade. O doente do séc. XXI é decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão ativo cuja voz deve influenciar os decisores em saúde.

Assim, a sociedade espera dos profissionais da área da saúde que com base na ciência, a dimensão espiritual seja abordada honestamente e se desmistifique o sentido do charlatanismo que por vezes lhe está associado. Embora, as relações entre espiritualidade e cuidados de saúde já estejam na ordem do dia das pesquisas nesta área, há um longo caminho a percorrer.

Todos temos consciência que existe uma deficitária integração da dimensão da espiritualidade nos cuidados de saúde prestados.

Coexistem ainda muitos outros aspetos que condicionam a resposta a esta preocupação dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, como sejam as deficientes condições de internamento, o progresso da medicina e da prática dos cuidados de saúde, nomeadamente a evolução biotecnológica que se vem registando, tornam cada vez mais difícil a criação de relações que respeitem o doente como sujeito de espiritualidade, levando a uma efetiva desvalorização desta dimensão e à sua consideração como extrínseca aos cuidados de saúde.

Verifica-se ainda que a visão holística do ser humano, que pressupõe uma assistência integral incompatível com a não consideração da dimensão espiritual e religiosa dos doentes, não enforma suficientemente os cuidados prestados.

Constata-se que a formação dos intervenientes nos cuidados de saúde, tanto no que se refere à formação pré-graduada como à pós-graduada, não tem suficientemente em consideração esta dimensão. Também não são raras as manifestações de indiferença face a este direito fundamental dos doentes e mesmo relativamente a solicitações concretas que estes formulam e que são menosprezadas ou ignoradas.

Sabemos hoje que a valorização da dimensão espiritual do homem e o estudo da espiritualidade vieram dar significado a algumas interrogações humanas muito ligadas aos valores, a estilos de vida, a crenças da relação do ser humano com Deus, com a natureza, com a beleza e com a arte.

O estudo da espiritualidade desocultou e valorizou o significado de algumas crenças que se expressam em práticas religiosas, dando contributos importantes na compreensão da origem e da manutenção de comunidades sociais e religiosas e forneceu avanços importantes na compreensão de muitos comportamentos individuais e coletivos.

Assim, reveste-se de importância considerável que esta dimensão seja devidamente enquadrada nos cuidados de saúde e que se considerem efetivamente os cuidados de enfermagem da dimensão espiritual, nos planos de intervenção que os enfermeiros definem nas suas funções profissionais.

No período de observação das práticas de cuidados de enfermagem constatámos que os enfermeiros não valorizavam esta dimensão do ser humano, não recolhiam dados relacionados com os diagnósticos da área da espiritualidade e não desenvolviam qualquer tipo de intervenção.

Pela nossa experiência de cuidados, pela observação que fazemos da realidade que nos rodeia e ainda pelas referências que o Plano Nacional de Saúde lhe atribui, justifica-se que a dimensão espiritual do ser humano se transforme numa área de cuidados de saúde a aprofundar para podermos contribuir para que a visão holística do ser humano, que pressupõe uma assistência integral, considere suficientemente os cuidados prestados tendo em conta a dimensão espiritual dos doentes.

A vida humana é, em primeira instância, vida individual e segundo Rojas (2005) a análise da mesma poderá ser feita em duas vertentes primordiais, uma superficial e outra profunda. A vertente superficial reflete a vida para o exterior, a imagem que mostramos aos outros ou seja aquilo que mostramos a partir dos nossos comportamentos. A vertente profunda é aquilo que somos interiormente, a parte menos acessível de nós mesmos por isso a mais atraente, onde se desperta a curiosidade e o desejo de penetrar na sua complexidade, numa tentativa de encontrar uma espécie de fórmula que nos ajude a viver melhor.

A espiritualidade como dimensão de vida do ser humano percorre estas duas vertentes que Enrique Rojas nos refere, na vertente profunda remete-nos para o facto de podermos nós próprios reconhecer o sentido que encontramos para a nossa vida, na vertente superficial remete-nos para comportamentos que manifestamos em público ou em privado e que caraterizam uma vivência própria e individual desta dimensão da vida.

Pensamos que a dimensão espiritual do ser humano também deva estar no centro das atenções dos profissionais de saúde. A vivência da espiritualidade faz parte da experiência de vida que cada ser humano faz individualmente ou em comunidade, contudo estamos num mundo de forte tendência individualista onde cada um procura a sua verdade e onde a procura do transcendente se torna cada vez mais individual e singular.

Apesar de todos os avanços da ciência e da tecnologia, o ser humano tem necessidade constante de dar resposta à pergunta milenar do sentido para a vida: Qual é o sentido da minha vida?

Para Viktor Frankl, numa obra agora publicada em português em 2012 que se refere ao texto publicado originalmente em alemão em 1946, refere que o que importa não é o sentido da vida em geral, mas antes o sentido específico da vida para uma pessoa num dado momento. Não se pode procurar o sentido abstrato da vida porque cada um tem a sua vocação e missão específica na vida, para levar a cabo uma tarefa concreta que pretende concretizar e nesse contexto não pode ser substituído, nem a sua vida pode ser repetida por outro. A tarefa de cada pessoa é tão única quanto o é a sua oportunidade específica para a concretizar.

O autor que acabamos de referir considera que em última instância, o Homem não deveria perguntar qual o sentido da vida, mas antes reconhecer que é ele quem se vê interpelado e à vida cada um pode apenas responder sendo responsável, pelo que a responsabilização é a própria essência da existência humana.

Viktor Frankl ao declarar que o ser humano é responsável tendo que tornar efetivo o sentido potencial da sua via, quer sublinhar que o verdadeiro sentido da vida tem que ser descoberto no mundo e não dentro dos homens e da sua psique, como se fosse um sistema fechado e chama a esta característica constitutiva a “autotranscendência da existência humana”.

Chestov (1960) considera que ninguém sabe se a vida não é a morte ou se a morte não será a vida. Desde a mais remota antiguidade que os mais sábios homens vivem nesta enigmática ignorância. Acrescenta Chestov, só é homem quem sabe o que sejam a vida e a morte e aquele que, de quando em quando mesmo por um instante, deixa de apreender o limite que separa a vida e a morte, deixa de ser um homem e torna-se em qualquer coisa que desconhecemos.

O facto de considerarmos a morte inevitável, parece muitas vezes tornar a questão do sentido da vida problemática, mas não é óbvio que a imortalidade possa fazer a diferença entre o sentido da vida e a sua ausência. Se a vida tem sentido, não o perde só porque somos mortais ou mesmo se não tem sentido, não o vai ganhar pelo facto de que pudéssemos ser imortais.

Ao percorrermos a história da filosofia podemos verificar que foram muitos os filósofos que se dedicaram a reflexões sobre a vida e morte, desde os gregos clássicos, como Platão e Aristóteles, até aos contemporâneos, Sarte, Heidegger, Lévinas e outros, sendo que o problema da morte se modificou radicalmente, passando de um problema analisado objetivamente a um drama vivido interiormente.

Uma vida poderá ser mais ou menos longa, o que permitirá realizar mais ou menos finalidades com valor, mas daqui não se infere que só uma vida imortal tem sentido e que a morte, só por si, não retira o sentido à vida. A morte na perspetiva de Epicuro não é para nós, motivo de preocupação, uma vez que defende que “*a morte, o mais aterrorizador dos males, nada é para nós, dado que enquanto existimos a morte não está connosco; mas, quando a morte chega, nós não existimos. A morte não diz respeito nem aos vivos nem aos mortos, pois para os primeiros nada é, e os segundos já nada são*” (Epicurus, *Carta a Meneceu,* p.125).

A pergunta «qual é o sentido da vida?» aponta para a necessidade da compreensão profunda e universal do sentido da nossa existência.

Defende Susan Wolf (2011) que indagar sobre o sentido da vida é como envolvermo-nos numa busca em que, só estamos certos daquilo que procuramos quando o encontramos. Parece que Wolf nos aponta aqui um percurso que é a motivação para a procura do próprio sentido da vida.

A questão do sentido da vida é colocada por cada um de nós como seres humanos, clientes ou prestadores de cuidados, mas é colocada sobretudo nos momentos em que as pessoas atravessam percursos de doença ou outros momentos de sofrimento na sua história de vida.

Quando se fala de espiritualidade somos levados a pensar que se trata à partida da ligação da pessoa a uma determinada religião. Por isso espiritualidade seria sinónimo de religiosidade, contudo se para algumas pessoas a sua dimensão espiritual está muito intercetada pela dimensão da religiosidade, para outras pessoas poderá provavelmente estar muito pouco e para outras ainda poderá não existir qualquer ligação entre espiritualidade e religião, como é por exemplo o caso dos não-crentes.

Para Kant (1960) a religião é o culto que procura os favores de Deus, através da oração e ofertas, para trazer a cura e riqueza para os seus seguidores ou a ação moral que orienta os comportamentos humanos para uma vida melhor.

Este conceito onde se inscrevem profundamente as ideias de culto e ação moral poderá ter estado na origem do que Derrida (1998) considera ser a religião. Refere este autor que a palavra "religião", deriva da palavra (religio) e tem duas raízes distintas. Primeiro, a partir de “relegere” de “legere” significa reunir, colher ou recolher (em) e a segunda a partir de “ligare” “religare” significa amarrar ou ligar. A primeira palavra aponta para a origem de grupos sociais que se reúnem para práticas de culto e a segunda para o conjunto de normas, valores, regras etc. que são necessárias para a vida dos seres humanos. A primeira sugere o papel do culto na formação dos seres humanos e a segunda as práticas socias na sua regulação.

Martín (2001) refere que a religião, tanto na pré-história como na história humana está, como a ciência confirma, sempre presente na preocupação dos homens e ocupa um lugar proeminente entre os seus objetivos.

Para Wolf (2011) a religião proporciona um contexto natural para a questão do sentido da vida. Se acreditarmos que um ser sobrenatural criou o mundo de acordo com um plano grandioso, então a nossa pergunta, procura saber qual é a finalidade desse plano ou qual é o lugar que a vida nele ocupa.

Não podemos no entanto considerar que estas questões apenas fazem sentido no âmbito da religião. As preocupações centrais que estão ligadas a este domínio incluem questões sobre a existência de um objetivo para a vida, sobre o valor da vida e sobre a existência de uma razão para viver, independentemente das circunstâncias, ideias, opiniões e de interesses individuais.

Vivemos claramente na emergência do espiritual em claro tom sincrético mas vivemos também esta emergência debaixo de um tom inter-religioso e ecuménico. O tratamento do espiritual na sociedade pós-moderna não obedece aos esquemas da sociedade cristã ocidental, em que o espiritual estava ligado ao religioso e ao religioso de uma religião predominante.

Há hoje uma procura de pontos de união e de convergência entre as distintas tradições culturais e religiosas. Contudo também nos surge com muita visibilidade na comunicação social que, em algumas partes do mundo, o fundamentalismo religioso constitui-se como um preocupante guia orientador da vida em sociedade.

A religião é um meio para a procura da dimensão da transcendência, contudo não é o único dado que há formas de espiritualidade laicas, paralelas e alternativas à religião.

Lévinas (2003) diz-nos que transcendência significa um movimento de travessia e um momento de subida, neste sentido estamos perante um duplo esforço de transposição do intervalo por elevação, por mudança de nível. O olhar que se eleva para o céu como que se separa do corpo no qual está implantado e encontra então o intocável: o sagrado.

Para Martín (2001) se procurarmos as causas da fé na existência de um ou vários seres supremos, podemos encontrar várias, ainda que todas elas se resumam numa: a intuição de que depois desta vida, tem que haver algo mais e que nessa «outra vida» há «alguém» superior que merece adoração.

Mendelson (2002) defende que os percursos da doença apelam para a necessidade de procura do espiritual para crentes e para não crentes, contudo muitos autores consideramv que a religião fornece uma ajuda na perceção das coisas do mundo, o que leva a uma tomada de consciência dos limites do homem, aspeto que sustenta a necessidade humana de procura de sentido para a vida ou a procura de uma harmonia perdida.

Na observação que fazemos da realidade constata-se que a procura do espiritual poderá surgir de muitas formas. Existe hoje um culto ao espiritual e aparecem alguns chamados mercenários do espiritual que oferecem serviços de forma presumivelmente enganosa a pessoas que se tornam vítimas da sua própria fragilidade ou da situação de fragilidade que a doença lhes provoca.

Os profissionais de saúde não podem ignorar este aspeto, porque a publicidade dos que se consideram “mestres espirituais”, “astrólogos espiritualistas”, “cientistas espirituais”é apelativa, agressiva e surte efeito e os gabinetes parece-nos que são frequentados por pessoas cujo objetivo é a ida ao encontro de alguém que as escute.

O nosso olhar profissional para uma pessoa doente não é nunca um ato inocente ou indiferente, nem simplesmente técnico, mas tributário de uma visão mais vasta do mundo e do ser humano. Por isso consideramos de primordial importância ter sempre em conta a dimensão espiritual do ser humano no processo de cuidados de saúde e de enfermagem em particular.

Consideramos da maior importância que a investigação nesta área forneça contributos importantes e válidos para que os profissionais de saúde possam, com honestidade e em resultado de evidências científicas nesta área, desenvolver a sua intervenção profissional, dando também relevo à dimensão espiritual do ser humano.

Caldeira (2011) refere que a produção científica acerca da espiritualidade nos cuidados de enfermagem não é tão profícua quanto seria desejável para a consolidação de conhecimentos e para a integração na prática clínica. Contudo, existe atualmente um desenvolvimento na investigação em enfermagem relacionado com esta dimensão do ser humano.

Os estudos nesta dimensão do ser humano poderão dar forma a uma área de conhecimento importante para todos os profissionais que prestam cuidados de saúde e especialmente para os enfermeiros.

Para Heelas e Woodhead (2005), o estudo da espiritualidade como uma dimensão da prática profissional em saúde e educação surgiu a partir de 1980. Os estudos variam da análise e aprofundamento teórico desta dimensão até aspetos mais práticos relacionados com a identificação e satisfação das necessidades espirituais, em doentes utilizadores dos serviços de saúde. As influências culturais e sociais são aspetos importantes, que podem dar lugar a formas particulares da expressão das necessidades espirituais e remetem-nos também para formas de espiritualidade, que identificam o património espiritual ou ajudam a perceber o potencial espiritual de cada ser humano.

Wright (2005) aponta alguns estudos sobre práticas de cuidados espirituais, onde conclui a importância da satisfação das necessidades espirituais em doentes e famílias.

Um aspeto crítico, mas considerado muito importante nos estudos da área da espiritualidade é a compreensão da forma como as estruturas educacionais da profissão inibem ou negam a expressão da espiritualidade, devido especialmente a ideologias implícitas nos processos de formação e profissionalização, uma vez que muitas vezes não lhe atribuem qualquer importância como defende Betts (2003), ou evidenciam a sua adesão ao paradigma da racionalidade em que se subvaloriza esta dimensão humana como está expresso nos estudos de Cobb (1998) e Tarlier (2005).

Pelas leituras que fizemos temos a perceção que os estudos na área da espiritualidade estão agora a desenvolver-se num clima de secularismo não desprezando a importância da dimensão religiosa do ser humano.

Pela observação da realidade parece-nos que os crentes das diversas religiões, especialmente aqueles cuja espiritualidade se expressa em atitudes dogmáticas, sobretudo os fundamentalistas, aderem a padrões de conhecimento no domínio da espiritualidade ligados às respetivas religiões e criam situações que muitas vezes poderão entrar em conflito com os conceitos daqueles que concebem esta dimensão humana menos ligados a uma religião.

Da reflexão que fazemos também podemos afirmar que a dimensão espiritual da pessoa pode estar muito intercetada pela sua religião.

A ideia predominante nos estudos mais recentes é sobretudo a conceção da espiritualidade como a expressão de um comportamento individual sem ligação necessária ao religioso. O comportamento individual é aperfeiçoado sistematicamente por certos atos de espiritualidade e assim a vida social também se vê aperfeiçoada, uma vez que os comportamentos individuais, em regra dão forma à vida social como defende Hodge (2005).

Existe aqui a noção de que a espiritualidade tem formas de expressão individual que enformam comportamentos individuais e formas de expressão coletivas que caraterizam comportamentos coletivos, dando assim contributos essenciais para o aperfeiçoamento da vida em sociedade.

A espiritualidade não é uma realidade singular é uma realidade radicalmente complexa. A espiritualidade está ligada a valores, à saúde, ao sofrimento, à formação moral e religiosa sobretudo nas profissões ligadas ao cuidado humano, como podemos verificar em Barton (2004) quando refere que os cuidados de saúde têm uma grande componente espiritual e o estudo das problemáticas ligadas à espiritualidade, fornece contributos para os padrões de comportamento e para as estratégias de desenvolvimento que incidem sobre os cuidados de saúde.

A consciencialização da própria espiritualidade dos enfermeiros e a compreensão da espiritualidade como facilitadora do processo de *coping,* são fatores que devem incentivar a sua integração na prática dos cuidados, muito embora se verifique uma acentuada falta de formação sentida pelos enfermeiros para atender a esta dimensão do ser humano.

As comunidades científicas de enfermagem colocaram à disposição dos enfermeiros alguns diagnósticos que se referem especificamente à dimensão espiritual do ser humano.

A partir dos aspetos relacionados com a espiritualidade até aqui referidos, podemos agora sintetizar e afirmar também, que a espiritualidade é uma dimensão importante do ser humano, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que é cada ser humano e que o ajuda a diferenciar do outro ser humano.

Esta dimensão implica uma expressão de sentimentos e uma vivência individual, uma interação com o meio ambiente, com os outros e com um Ser Supremo. É sobretudo através da espiritualidade que se manifesta o sentido para a vida.

Consideramos que será importante perceber como é que os enfermeiros valorizam os vários aspetos relacionados com esta dimensão da pessoa, que dados recolhem na fase de apreciação para que consigam identificar situações que necessitam de cuidados ou seja, situações de diagnósticos de enfermagem relacionados com esta dimensão do ser humano.

Para o desenvolvimento da ciência de enfermagem consideramos necessário proceder à descoberta de padrões de respostas humanas em face dos diagnósticos que estão já estudados pela comunidade científica de enfermagem e que intervenções específicas de enfermagem podem ser empreendidas.

Os autores reconhem a complexidade do fenómeno “espiritualidade”, e referem que este fenómeno não pode ser tão complexo que não tenha sentido ou tão simples que se torne desprezível para a investigação.

A evidência científica mostra-nos que as caraterísticas definidoras dos diagnósticos, são um recurso a que é possível aceder para se conseguir encontrar uma situação diagnóstica concreta, e que é sempre a partir de uma situação de diagnóstico que se constrói e reconstrói de forma sistemática todo o processo de intervenção.

Refere o autor acima citado que, no discurso religioso é usada uma falta de coerência e de profundidade que colocam em risco o emergir do aspeto transcendente do ser humano e no discurso científico, é evidente uma falta de precisão e de clareza, que intensificam as caraterísticas da modernidade e que contribuem para uma ausência dos significados que cada ser humano atribui à morte, ao sofrimento ou às perdas.

Para algumas pessoas a espiritualidade manifesta-se ou é vivenciada em momentos que podem ser agradáveis tão simples como, olhar a natureza ou caminhar pela noite de forma solitária, para outros, em momentos de contemplação, de meditação, de reflexão profunda sobre o sentido da vida, numa sensação de íntima ligação com o que se pensa amar ou em contacto psíquico com seres espirituais.

O bem-estar espiritual acontece quando tentamos satisfazer as necessidades espirituais tais como, a procura do significado do transcendente, a sensação de dar e receber o perdão, a manutenção da esperança ou a vivência do amor na relação com os outros.

No que se refere à classificação das necessidades espirituais, existem as mais variadas conceções, no entanto as que mais se referem na bibliografia consultada são: a necessidade dar sentido à existência, a necessidade de reconciliação, a necessidade de reconhecimento da identidade, a necessidade de ordem, a necessidade de verdade, a necessidade de liberdade, a necessidade de enraizamento e pertença, a necessidade de orar, a necessidade do simbólico–ritual, a necessidade de solidão e silêncio, a necessidade de cumprir o dever e a necessidade de gratidão.

No contacto com o doente e com a família, na entrevista de acolhimento ou no decurso de um processo de cuidados, podemos encontrar nos discursos dos doentes, particularidades que são reveladoras de alterações nestas necessidades espirituais e que necessitam de uma intervenção especializada.

É predominantemente no diálogo com os doentes, quer no momento inicial do acolhimento quer em momentos posteriores de prestação de cuidados, que me parece podermos ver emergir com rigor a expressão da necessidade de intervenção sobre as necessidades espirituais.

Pela observação da realidade e pela nossa experiência percebemos que são poucos os enfermeiros que, quando organizam ou realizam o planeamento de cuidados, estão atentos às necessidades espirituais dos doentes.

Contudo muitos outros enfermeiros sentem-se, por vezes, impossibilitados de responder a estas mesmas necessidades, pela falta de formação adequada nesta área ou porque consideram que os cuidados decorrentes da avaliação das necessidades espirituais são do campo de intervenção de outros profissionais, nomeadamente capelães hospitalares ou outros membros de culto, ligados às mais diversas religiões.

No contexto dos cuidados de saúde os enfermeiros poderão criar as condições para prestar este tipo de cuidados, uma vez que se deparam no seu quotidiano profissional, com situações de ameaça à vida por vezes muito difíceis de ultrapassar pelos doentes, podendo criar as melhores condições para que, numa situação de escuta ativa, possam avaliar as necessidades dos doentes e perceber as suas convicções de forma a poderem planear, prestar e avaliar cuidados relacionados com a dimensão espiritual do ser humano.

Conrad (1985) defende que os enfermeiros devem sentir-se aptos no domínio do conhecimento na área da espiritualidade e para que possam prestar cuidados espirituais, além das competências na área da comunicação, devem demonstrar uma atitude empática. Refere ainda que existem quatro áreas a prestar atenção quando se faz o planeamento de cuidados espirituais: o conceito de Ser Supremo em que se acredita, a fonte de força para a pessoa, o significado das práticas religiosas e dos rituais e ainda, no que acredita que pode influenciar a relação entre as crenças e a sua situação de saúde.

Mas Jacik (1987) defende que os enfermeiros só poderão prestar cuidados espirituais, se eles próprios examinarem em primeiro lugar as suas convicções ou ainda quando descobrirem os princípios que orientam as suas próprias vidas. Aponta ainda alguns aspetos que os enfermeiros devem considerar, que os ajuda a cuidar do outro, como seja: uma visão holística como filosofia de vida, a consciência da sua própria mortalidade e da temporalidade da vida humana e ainda a aceitação da vida como uma transição.

Os cuidados espirituais podem aumentar a riqueza do significado da vida, a esperança, o amor e trazer uma maior satisfação nos momentos finais da vida.

Os enfermeiros devem aprofundar a sua formação para se sentirem aptos no domínio do conhecimento na área da espiritualidade para que os cuidados espirituais sejam devidamente integrados nas práticas profissionais.

Os cuidados espirituais são essenciais no processo de cuidados ao doente em qualquer fase da doença.

Fim….

As comunidades científicas de enfermagem colocaram à disposição dos enfermeiros alguns diagnósticos que se referem especificamente à dimensão espiritual do ser humano.

A *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* refere-se ao diagnóstico de“**angústia espiritual**” e define-o como o estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou está em risco para apresentar, um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida. Define também o diagnóstico de “**distress espiritual (ou risco**)” como a incapacidade para experimentar e integrar o sentido e a finalidade da vida através das relações consigo mesmo, com os outros, com a arte, música, literatura ou com um poder sobrenatural (Carpenito, 1977).

Na Classificação Internacional para a Prática de enfermagem na Classificação dos Fenómenos de Enfermagem (2006) no Eixo A: Foco da prática de enfermagem, também podemos encontrar alguns conceitos que nos ajudam a construir diagnósticos de enfermagem segundo este sistema classificativo, como por exemplo “**crença errónea”, “crença religiosa”, “crença espiritual” e “angústia espiritual”.**

Concretamente o diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” que é proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association*, desde 1980, é definido como a “capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor” (Carpenito 2005: 762).

Temos verificado em alguns estudos realizados por enfermeiros, sobretudo americanos, que a relação entre espiritualidade e religião é muito forte e fomos percebendo, quer na pesquisa teórica realizada, quer no decurso do processo de recolha de dados, que a religião é um recurso muito importante para algumas pessoas, quando são intercetados por situações de sofrimento e de doença.

A partir dos aspetos relacionados com a espiritualidade até aqui referidos, podemos agora sintetizar e afirmar também, que a espiritualidade é uma dimensão importante do ser humano, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que é cada ser humano e que o ajuda a diferenciar do outro ser humano.

Esta dimensão implica uma expressão de sentimentos e uma vivência individual, uma interação com o meio ambiente, com os outros e com um Ser Supremo. É sobretudo através da espiritualidade que se manifesta o sentido para a vida.

Consideramos que será importante perceber como é que os enfermeiros valorizam os vários aspetos relacionados com esta dimensão da pessoa, que dados recolhem na fase de apreciação para que consigam identificar situações que necessitam de cuidados ou seja, situações de diagnósticos de enfermagem relacionados com esta dimensão do ser humano.

Para o desenvolvimento da ciência de enfermagem consideramos necessário proceder à descoberta de padrões de respostas humanas em face dos diagnósticos que estão já estudados pela comunidade científica de enfermagem e que intervenções específicas de enfermagem podem ser empreendidas.

Os estudos revelam que muitas respostas humanas, que coincidem com as que caraterizam o diagnóstico de angústia espiritual, são facilmente identificadas nos doentes no seu processos de doença, pelo que as caraterísticas definidoras do diagnóstico em estudo são normalmente identificadas quando olhamos para a realidade.

Os doentes e os familiares apresentam com muita frequência sentimentos de revolta, tristeza, ansiedade e o nervosismo, recusa da doença, raiva, medo da dependência, depressão e deceção, entre outros, quando as são atingidos por situações de doença, ou ainda frustração, sensação de fragilidade, impotência, indignação e podem mesmo passar por uma atitude de desistência de viver.

Quando a pessoa é atingida por uma doença grave, consciencializa-se mais facilmente da sua fragilidade e da sua vulnerabilidade, procurando ajuda espiritual nos momentos de dor, de falta de esperança, no momento da morte, a fim de poder encontrar o sentido da sua vida.

Os doentes muitas vezes depositam em Deus o controle da sua saúde e desenvolvem estratégias de *coping* que se relacionam sobretudo com pedidos de ajuda, ou recorrem a crenças espirituais como formas de pedir ajuda, para a sua recuperação, a entidades superiores.

A experiência humana do sofrimento não deixa a atitude religiosa indiferente, uma experiência de sofrimento pode estimular a atitude religiosa, pode fazer progredir a pessoa na sua fé ou provocar a atitude contrária, a negação daquilo em que acredita.

Em síntese referimos os aspetos que nos parecem relevantes para as intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros atuam em contextos privilegiados dado que lhes é permitido testemunhar e acompanhar a vulnerabilidade do outro nos momentos de sofrimento e da morte e podem tornar-se fontes de esperança para os doentes em qualquer fase da sua doença, quando aliviam a dor, facilitam o sono, promovem a sua higiene pessoal ou realizam muitos outros cuidados de manutenção da vida.

A qualidade dos cuidados na sua globalidade recebe contributos importantes das intervenções relacionadas com os cuidados espirituais que são prestados a todos os doentes.

A dimensão espiritual é uma dimensão importante da existência humana, no entanto a espiritualidade em si mesmo é um conceito abstrato que envolve muitas facetas, é usado muitas vezes incorretamente e por vezes surge substituído pelo termo religião.

A espiritualidade é o núcleo central do ser humano e normalmente refere-se a uma experiência que envolve a perceção das relações de cada pessoa com um ser supremo, como por exemplo Deus, com o transcendente/sagrado ou com um grande poder, com os outros e com o ambiente. Espiritualidade envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência do ser humano ao longo do seu trajeto de vida.

A espiritualidade deve entrar na prática profissional dos enfermeiros e de todos os profissionais de saúde, sendo necessário aumentarmos os recursos de que dispomos no dia-a-dia, para que essa mesma prática profissional esteja mais de acordo com as necessidades das pessoas que necessitam de cuidados.

É importante que cada um analise o próprio sentido da vida, para que as convicções pessoais sobre o mundo e sobre o ser humano que defendemos estejam em consonância com o corpo de conhecimentos que sustenta a intervenção profissional dos enfermeiros.

A relação enfermeiro-doente pode ser a âncora para a procura da cura, assim como a espiritualidade o fundamento para a criação de mecanismos para se ultrapassar as situações de diagnóstico encontradas, mas é sempre a partir da situação de diagnóstico que se entra na intervenção.

Os cuidados de enfermagem são vistos como um trabalho de relação entre o enfermeiro e o doente para alcançar um objetivo comum. Os enfermeiros devem ser autênticos, sensíveis e verdadeiros de forma a fornecerem ao doente um caminho para a cura, envolverem-se com o doente de forma genuína elevando-lhe a autoestima e a autonomia, sendo fundamental o recurso à sua dimensão espiritual em todo o processo de cuidados.

Os cuidados espirituais devem estar incluídos nas funções dos enfermeiros, uma vez que pelo maior contacto com o doente podem conhecer as suas necessidades de modo mais abrangente.

Em muitas situações de cuidados, é necessário o recurso a assistentes religiosos, contudo a definição do campo de atuação de cada um deve estar bem definido, para que doente possa receber os cuidados espirituais adequados, muito embora se reconheça que neste e noutros domínios existem áreas dos diversos campos de intervenção que se entrecruzam.

A exploração de crenças de valores pessoais e religiosos, o apoio familiar e social, são aspetos a integrar na prática clínica e devem ser tidos em conta para se traçar a melhor estratégia terapêutica possível. Espera-se dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros que saibam lidar com seus próprios valores, convicções e sentimentos e que nas suas relações profissionais com os doentes demonstrem saber lidar com diferentes crenças e religiões e culturas.

Os estudos apontam para que a procura do sentido da vida, do sofrimento e da morte seja um aspeto da considerar no contexto dos cuidados de saúde. A honestidade científica para com os doentes é um pilar da prática atual dos cuidados.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Síntese - diagnóstico*** |  |

A categoria *“expressa falta de significado ou propósito na vida”* foi a mais identificada pelos enfermeiros quando reconhecem que o doente pode estar a apresentar uma situação de angústia espiritual na conceção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e nos estudos sobre este mesmo diagnóstico, que a NANDA empreendeu. O sentido da vida é uma condição do próprio viver e sem esse sentido a vida em muitas situações perde o interesse podendo chegar a situações extremas de perda da vontade de viver e a tentação de abreviar o fim da vida.

A segunda variável mais valorizada foi *“expressa alienação ou isolamento”.* A solidão, o isolamento social e a alienação emocional tornaram-se num modo de vida quase comum a muitas pessoas. A solidão está muitas vezes associada à depressão, à ansiedade e à hostilidade interpessoal, a uma maior vulnerabilidade, a problemas de saúde e até mesmo ao suicídio.

A variável “*expressa desespero*” também foi fortemente valorizada pelos enfermeiros nos seus discursos. O desespero é humano porque somente o homem o pode sentir e é composto por dois subprocessos: descendente e ascendente. A fronteira entre estes dois subprocessos passa por dois possíveis “caminhos” de escolha, o caminho da destruição, por ceder ao desespero e um caminho construtivo que conduz à esperança. O subprocesso descendente do desespero implica a entrega à situação que causa desespero, com pouca visão das potencialidades residuais e falta de confiança no futuro. O desespero indica em regra um estado de sofrimento profundo, em que a vida é vista como um túnel sem fim com bastantes dificuldades para encontrar uma saída.

Os enfermeiros lidam com estas situações no seu dia-a-dia contudo é preciso perceber que o desespero é um fenómeno subjetivo que não pode ser controlado pela vontade ou pela razão.

A “*expressão da revolta*” foi outra variável encontrada nos diversos discursos dos enfermeiros que identificam a revolta como sentimento presente em muitos doentes nos seus diversos percursos de doença, por isso o desespero e a revolta são aspetos valorizados pelos enfermeiros quando recolhem dados que lhes permitem chegar a um diagnóstico de angústia espiritual.

Porque sofro assim? Porque me terá acontecido isto a mim? Porquê a mim? São questões verbalizadas pelos doentes e que revelam a importância que estes atribuem ao sofrimento próprio. O sofrimento não tem uma manifestação única nem o mesmo sentido ou significado para todos os indivíduos, o que é sofrimento para uma pessoa, não é o mesmo necessariamente para outra pessoa.

As várias formas de levantar a questão do sofrimento relacionam-se com as seguintes posições religiosas: Os mais distantes de uma fé integrada parecem adotar uma atitude desligada e chegam mesmo a excluir a referência religiosa da questão levantada pelo sofrimento, os que têm algumas dúvidas, embora permanecendo ligados à fé em Deus são os mais incisivos e os mais intolerantes frente a um Deus que permite que as leis da natureza sejam o que são e os que creem com toda confiança tendem a pensar que Deus está próximo dos que sofrem e que os ajuda na procura do caminho a seguir.

Podemos verificar que a experiência humana do sofrimento não deixa a atitude religiosa indiferente, uma experiência de sofrimento pode estimular a atitude religiosa, isto é pode fazer progredir a fé ou provocar a atitude contrária, isto é a renúncia à própria fé.

Outra variável valorizada foi “*expressa raiva de Deus*”. O sentimento de raiva surge muitas vezes nos doentes que acompanhamos aos mais diversos níveis de cuidados. A raiva contra Deus pode ser projetada nos familiares ou nos profissionais. A raiva sentida pelos doentes é de tal ordem elevada que muitas vezes a família é afetada por ela, pelo que é importante que exista o controlo da mesma e a sua perceção por parte dos familiares.

Verifica-se que os doentes com baixos índices de espiritualidade apresentam mais sentimentos de raiva em relação a Deus e às suas crenças religiosas na sua generalidade.

A categoria “*expressa falta de esperança***”** surgiu como um dos aspetos referidos pelos doentes, quando experimentam situações de sofrimento.

Os doentes nos seus percursos de sofrimento questionam os aspetos relacionados com o seu sistema de crenças ou com a própria religião e a tristeza e o choro, são factos frequentemente encontrados nos doentes em várias situações de doença.

Quando se põe em causa o sistema de crenças é porque toda a situação de saúde da pessoa está também em causa.

Nos doentes com a dimensão espiritual mais esclarecida, as suas decisões sobre o tratamento são fortemente influenciadas pelo seu sistema de crenças.

A categoria *“expressa falta de serenidade”* também foi encontrada, mas pouco valorizada eestá associada a um conjunto de aspetos que são o resultado de algumas situações de sofrimento na vida de cada pessoa e em regra surge associada a situações de medo. Em muitas situações, quando a pessoa se confronta com a morte, surge nela o medo ou a ansiedade excessiva, causadores de grande sofrimento que tem origem na falta de serenidade necessária para enfrentar as situações mais complexas dos processos de doença.

Os “*sentimentos de culpa*” expressos pelos doentes também surgem nos discursos mas são pouco verbalizados pelos enfermeiros. Muitos doentes em fase final da vida apresentam sentimentos de culpa para além do sentimento de falta de sentido na vida. O medo de serem um fardo para os seus familiares e amigos e de se tornarem financeiramente um encargo são situações que surgem quando a pessoa se encontra numa condição de doença grave e que a leva a sentir-se culpada perante os que lhe são próximos. O medo da morte aparece muitas vezes associado a sentimentos de culpa, porque surge a ideia de julgamento e de punição após a morte.

Existe a ideia de que após a morte o homem será julgado, que os bons serão recompensados pelas suas boas ações e os maus serão punidos pelos seus pecados.

A necessidade de ser perdoado ou de perdoar e a necessidade de reconciliação surgem muitas vezes a partir da experiência de sentimentos de culpa.

O “*sentimento de abandono*” é encontrado em muitas situações de cuidados e não só em situações de doença terminal, contudo foi pouco valorizado nos discursos dos entrevistados.

Os doentes e as suas famílias vivenciam a experiência de abandono em muitas situações de fim de vida, sobretudo em situações em que por transição de níveis de cuidados, relatam e experimentam o sentimento de abandono, devido ao facto da transferência significar a ausência do contacto com os profissionais de saúde a que estavam habituados.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Síntese: intervenções*** |  |

Em *síntese* podemos referir que, no que se refere às intervenções de enfermagem, conseguimos identificar nas expressões significativas dos registos efetuados a partir das gravações dos discursos dos enfermeiros, algumas intervenções que poderão ser a base para a construção de um processo de cuidados a doentes com o diagnóstico de angústia espiritual.

Os enfermeiros encontram-se diariamente com pessoas que referem situações problemáticas na sua dimensão espiritual pelo que é importante que se tornem hábeis em lidar com estas questões, de forma a ajudar o doente no seu trajeto de sofrimento.

A pessoa deve poder expressar a sua espiritualidade e deve obter respostas de enfermagem de modo a conservar a sua integridade.

Considerar que uma situação de diagnóstico de ordem espiritual é algo que faz parte da vida, ajuda a que os enfermeiros compreendam que estas situações são formas de procura do sentido da vida.

O doente em regra expressa preocupação com os sinais físicos e sintomas, explora e partilha significados com o enfermeiro, facilitando assim o envolvimento deste na sua dimensão espiritual.

Ajudar as pessoas a encontrar alegria, objetivos, esperança e prazer é um caminho que os enfermeiros e os doentes podem definir, com a consciência que a assistência espiritual ocorre ao longo do tempo e dentro do contexto de uma relação.

O enfermeiro vai tomando consciência das intervenções que podem permitir à pessoa a procura do sentido da vida. A assistência espiritual é essencial para permitir a integração global de todas as dimensões da pessoa. A intervenção do enfermeiro deve centrar-se nos aspetos que ajudam o doente a sentir-se vivo e em comunhão com os outros.

Quando se prestam cuidados a doentes com o diagnóstico de angústia espiritual, a intervenção que os enfermeiros mais realizaram e que apontam como principal é “*escutar ou falar com o doente relativamente à sua situação de doença”*. Também os diversos estudos consultados revelam que a capacidade de escutar e de dialogar com os doentes é um aspeto importante no processo de cuidados.

Achamos assim importante, que os enfermeiros incentivem os doentes a falar e a escutar, para que possam avaliar os conhecimentos e os sentimentos que emergem da vivência das experiências de doença. Esta avaliação pode ajudar o enfermeiro a ficar informado e a poder identificar, através do discurso (explícito ou implícito), as necessidades dos doentes, o que torna as intervenções de enfermagem mais apropriadas à situação de cada pessoa.

Quando os enfermeiros não valorizam a espiritualidade na vida dos doentes estão a subvalorizar a importância de uma dimensão crucial da pessoa, dimensão que interfere na procura do sentido para os acontecimentos no seu percurso de vida que é atravessado por cenários de doença, de sofrimento e de morte.

Os enfermeiros desenvolvem a sua capacidade de escuta quando ouvem as histórias dos doentes com uma atitude de disponibilidade e sem emitirem juízos de valor, porque quando incentivam os doentes a contar as suas histórias estão a contribuir para o alívio do seu sofrimento. O enfermeiro poderá desempenhar o papel de ouvinte e de contador.

Respeitar o outro é um elemento fulcral da competência comunicativa e requer que as pessoas consigam compartilhar ideias, pensamentos e propósitos e em certos casos modificá-las. Assim sendo, a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro.

A *participação da família* no processo de cuidados foi um dos aspetos valorizados pelos enfermeiros entrevistados. A evidência científica revela-nos que os familiares podem assumir o papel de cuidadores em muitas situações de cuidados quando estiverem preparados para o exercício efetivo desse papel.

Os estudos consultados revelaram a importância dos cuidadores familiares nos processos de cuidados e sobretudo da necessidade de preparação destes quando pretendem cuidar dos seus familiares doentes. A responsabilidade de cuidar de um membro da família em fim de vida pode ter profundas consequências sobre o bem-estar do cuidador em termos psicológicos, físicos e financeiros.

As exigências de um cuidador familiar intensificam-se com a progressão da doença e principalmente na fase terminal. Os cuidadores familiares desempenham um papel vital ao permitirem que pessoas com doenças avançadas permaneçam em casa quando estão em fase terminal, evitando maior sofrimento do doente e da família ao vê-los hospitalizados.

A família cuidadora continua a ser a fonte mais comum de cuidados de longa duração para idosos e permite ao doente terminal morrer em casa junto daqueles que lhe estão mais próximos.

Reconhece-se atualmente a necessidade da família estar ativamente envolvida no processo de cuidados, o que representa um valor que faz parte de algumas culturas, pelo que os doentes e as suas famílias têm o direito de estar plenamente informados e de receber informações precisas e adequadas que permitam a sua compreensão.

Também se pode concluir que a comunicação efetiva pode ser prejudicada por dificuldades de linguagem e diversidade cultural pelo que se torna necessário ter conhecimento dos aspetos ético-legais da prestação de informações, assim como se deve estabelecer uma boa relação de entendimento com os familiares.

Quando os familiares quiserem participar nos cuidados, o enfermeiro deve garantir em primeiro lugar o bem-estar do doente, porque em ambientes de alta tecnologia a participação da família pode ter que ser limitada. Neste sentido, os enfermeiros precisam de negociar com os familiares de diferentes culturas para que uma situação de entendimento possa ser aceitável para ambas as partes.

Uma boa relação com a família e a resolução de conflitos entre profissionais e família, independentemente do ambiente cultural, pode melhorar todo o processo de cuidados.

Os membros da família são recursos que promovem resultados positivos nos cuidados, pelo que se reforça a ideia de que existe uma necessidade de intervenções que incluam os membros significativos da família.

Admite-se atualmente a importância crucial da relação de ajuda no processo de cuidados, sendo preocupação dos enfermeiros a utilização de uma variedade de abordagens no sentido de ajudar o doente a procurar e encontrar sentido na situação que está a viver, isto é, a encontrar algum propósito na vida, no sofrimento experimentado e no próprio processo de morrer.

A consciência da ajuda do enfermeiro, no que diz respeito ao reconhecer e apreciar as crenças e valores do doente, que podem ser diferentes dos seus, é fundamental para que o mesmo possa compreender a dimensão da espiritualidade e a sua influência na procura do sentido da vida, onde se pode incluir a dimensão da religião.

A intervenção de enfermagem “*mostrar disponibilidade*” foi identificada como essencial no processo de cuidados a doentes que apresentam angústia espiritual. O fator disponibilidade do enfermeiro considera-se um aspeto importante a ter em conta quando se pretende estabelecer uma relação enfermeiro/doente com base terapêutica. Os cuidados exigem tempo, o tempo que não é passividade ou indiferença, é a participação no caminho da pessoa. A disponibilidade é um fator que facilita o encontro com o outro num determinado tempo.

Os enfermeiros mostram disponibilidade e prestam apoio emocional através de algumas estratégias que caraterizam os processo de interação, quer seja verbalmente, com declarações próprias ou mostrando empatia, incentivo, simpatia e consideração, ou mesmo de forma não-verbal, pelo toque ou pela proximidade.

É necessário o reconhecimento de que os cuidados que se enquadram no domínio da espiritualidade são dinâmicos, não são entidades fixas, aprendidas através da experiência e da socialização, são moldados pelo processo de interação social em contextos específicos e também por perspetivas teóricas.

Existem algumas dimensões que os enfermeiros devem considerar quando prestam cuidados. Em primeiro lugar está a sensibilidade, que é o grau de disponibilidade e abertura dos enfermeiros às perguntas dos doentes. É importante que os enfermeiros tenham a capacidade de identificar o que merece destaque e o que é comum.

Diretamente relacionado com a sensibilidade está o discernimento, ou seja, o alcance rápido do significado das interrogações dos doentes, o que implica que a resposta seja de acordo com o significado da pergunta e não com a forma da pergunta. Outra dimensão é a clareza, que é a capacidade de ser explícito quando necessário, sem dar ênfase indevido a questões menores.

Solicitar o apoio dos ministros dos diferentes cultos é uma indicação que os enfermeiros nos referiram quando indicavam os cuidados necessários, tendo em conta o diagnóstico de angústia espiritual. Os enfermeiros devem deixar o indivíduo revelar as suas crenças e os seus valores e devem usar as suas capacidades de avaliação para reconhecer as preferências de cada indivíduo, quando se pretende contribuir para a satisfação das suas necessidades espirituais.

Na dimensão espiritual, encaminham-se os doentes para o líder espiritual, reza-se, respeitam-se as suas crenças e práticas religiosas, fomenta-se a fé, promove-se a esperança, proporciona-se música, ouvem-se os doentes com atenção, falando-se com eles e apoiando-os, respeitando sempre a sua privacidade e dignidade.

A esperança é um sentimento a valorizar pelos enfermeiros quando planeiam cuidados. As necessidades de ser reconhecido como pessoa, de reconciliação com a própria vida e com outros significativos, da busca do sentido, da transcendência e da esperança podem ser satisfeitas através dos cuidados espirituais e cabe aos enfermeiros desenvolver respostas neste âmbito.

Com muita frequência os doentes enfrentam a fase final da sua vida e tentam transformá-la num período de esperança ao contrário de desistirem de viver, pelo que a esperança do doente terminal vai para além da expectativa de cura e tem que ser valorizada neste contexto.

Os profissionais da saúde não devem esperar que os doentes sejam exageradamente realistas, pois pelo facto de apresentarem esperança poderá ser a forma que encontraram para lutar contra a ideia de que o fim da sua vida está a chegar.

É indiscutível a importância de promover a esperança não só nos doentes, mas também nos profissionais da saúde para que estes sejam os principais promotores dessa esperança, em vez de menosprezarem essa capacidade que os doentes terminais manifestam.

Existe uma correlação positiva entre espiritualidade e o nível de esperança pelo que a espiritualidade é considerada como um preditor significativo da esperança. A espiritualidade é um aspeto central que assume um significado diferente em comparação com outras áreas da saúde. Neste contexto a espiritualidade não se estabelece a nível de esperança para a sobrevivência, mas por algo mais rico e significativo: uma aceitação pacífica da vida, do seu começo e fim.

Os enfermeiros quando lidam com os doentes e com as suas famílias têm necessidade de se adaptar à respetiva cultura para evitar conflitos, devendo existir um equilíbrio entre as diferenças culturais do enfermeiro e da família, a fim de que o processo de cuidados não seja prejudicado.

Nas competências dos enfermeiros devem incluir-se os conhecimentos sobre a diversidade cultural dos utentes. Os aspetos culturais são aspetos a ter em conta quando é necessário informar os doentes sobre o seu processo de cuidados. Os doentes e as suas famílias têm o direito à informação compreensível sobre a sua situação de doença.

A reconciliação familiar torna-se um fator importante a considerar quando um doente está em fase final a sua vida. O conceito do perdão envolve o sentido da necessidade de reconciliação, o que contribui para aliviar sentimentos que tenham ficado de conflitos anteriores, nas relações dos doentes com as suas famílias. Assim, na fase final de vida os prestadores de cuidados têm a oportunidade de fomentar bases de relacionamento para um entendimento entre os doentes e as suas famílias.

Durante os vários processos de doença é importante que as pessoas exponham os seus sentimentos e, para isso, nada melhor do que partilhar a experiência com pessoas que estão a passar pela mesma situação, isso possibilita a troca de experiências, de dúvidas, a discussão de aspetos sociais, emocionais e físicos. Este facto mostra-se como um suporte importante para os doentes e famílias, tornando-os mais dispostos a enfrentar a doença, promovendo a sua autoestima e ajudando-os a não desistir da vontade de querer vencer.