



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel. (21) 2629-9484



Guia de Aconselhamento Espiritual e Emocional. Rio de Janeiro, 2018.

Produto extraído da dissertação *O sofrimento e espiritualidade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico: sistematização da assistência de enfermagem na dimensão espiritual.*

Autor: Angelo Braga Mendonça

Orientador: Eliane Ramos Pereira

Aconselhamento espiritual segundo o olhar da Teoria Transpessoal, integrando elementos da psicologia, psicoterapia e teologia.

Conceito.	É uma tecnologia inovadora de cuidado, entendendo aconselhamento como uma intervenção experienciável, contextual e metafísica, pautado em um sistema de valores, que reconhece o poder do amor, da fé e da compaixão. Compreende o encontro de maneiras mais criativas para sanar o sofrimento de pacientes com câncer, através de fontes mais genuínas de conexão espiritual com os outros, consigo mesmo e com a vida.
Objetivos.	O aconselhamento espiritual, neste contexto teórico, tem como finalidade alcançar um alto grau de harmonia entre corpo, mente e espírito, levando as pessoas a crescerem com vistas a sua própria realização pessoal. Trata-se, portanto, de conduzir o aconselhado a encontrar um sentido dinâmico para a dor e o sofrimento, um significado para a existência no contexto de desordem que o câncer provoca, possibilitando a harmonização e a manutenção de um estado de equilíbrio interior. Este estado conecta o indivíduo ao universo e suas infinitas possibilidades rumo à própria evolução espiritual.
Princípios/diretrizes.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A prática de aconselhamento na enfermagem moldada pela Teoria de Cuidado Humano tem como diretrizes fundamentais a prática de bondade, do amor e a sinceridade na relação com o paciente. ❖ Promover o cuidado espiritual daquele que recebe auxílio, sem descurar do cuidado de si mesmo e de suas próprias necessidades espirituais. Enfermeiros que vivem uma espiritualidade plena são mais capazes de assistir às necessidades espirituais de seus pacientes. ❖ Presença verdadeira na relação, aceitando pensamentos positivos e negativos, próprios e do outro. ❖ Reconhecer-se é fundamental para reconhecer o outro no aconselhamento. ❖ Instilar fé e esperança no aconselhando, independente do prognóstico e estado

	<p>atual da doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Não tomar a própria cultura como referência, evitando práticas estereotipadas e preconceituosas. ❖ Aceitar incongruências e paradoxos expressos. Suspender juízos de valor no aconselhamento, porque não envolve julgamentos se o que é relatado é condizente ou não com a realidade. Também não cabe ao terapeuta concordar ou discordar do universo religioso expresso nas falas do paciente durante o aconselhamento³²¹. ❖ Reconhecer no aconselhamento a influência de fatores familiares, interpessoais, sociais, éticos, políticos e históricos envolvidos na ação. ❖ A atividade deve ser guiada pela ética e respeito à autonomia das pessoas, honrando a fé e valores espirituais de cada indivíduo. ❖ Potencializar no aconselhado recursos próprios para resolução dos problemas que enfrenta. ❖ Facilitar o ganho de autonomia e de liberdade de ação por parte daquele que busca ajuda. Quanto mais as pessoas exercem liberdade plena, mais saudáveis se tornam e capazes de superar desafios. ❖ O tratamento do corpo e alma devem ser simultâneos. ❖ Manter postura positiva e abstenção de julgamentos³²². ❖ Caráter confidencial³²². ❖ Exigência de condições ambientais (<i>setting</i> apropriado) para que se estabeleça a relação de ajuda³²². ❖ Laicidade de atendimento³²³. ❖ Respeitar expressões de espiritualidade durante o atendimento³²³. ❖ Referir um cliente a um conselheiro treinado, quando suas necessidades excederem seus conhecimentos³²⁴. ❖ Prestar atendimento de acordo com seu nível de habilidade, de competência e de treinamento. ❖ Compartilhar material confidencial somente em casos excepcionais, e que estejam dentro do escopo do motivo para o qual foi liberado³²⁵.
<p>Qualidades/requisitos de quem aconselha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entre os principais atributos da Teoria Transpessoal de Watson estão a autenticidade, a sinceridade, as relações profissionais científicas, éticas, estéticas, criativas e personalizadas¹¹¹. É a partir do foco e da atenção dispensada ao ser cuidado que o processo empático se inicia, tornando possível a compreensão da experiência alheia com o sofrimento. Sua teoria pode absorver as qualidades eminentemente humanas das três vertentes estudadas. Reforça um compromisso moral com os indivíduos envolvidos no cuidado²⁹. ❖ Mestrado, treinamento em disciplinas de saúde mental, licenciamento e credenciais obtidos em cursos de especialização³²⁵. ❖ Conhecer a extensão e limitações de seus conhecimentos no exercício de aconselhamento³²⁵. ❖ Ética³²⁵. ❖ Reconhecer problemas psicoemocionais próprios, que ainda precisam ser abordados para o exercício responsável da intervenção³²⁵. ❖ Treinamento para o alcance de qualidade^{322,324} ❖ Empatia.^{321,322,323,324,326,327} ❖ Consideração positiva e incondicional.^{321,326} ❖ Autenticidade.^{321,322,326}

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Flexibilidade e capacidade para perceber comportamentos não-verbais de sofrimento³²⁷. ❖ O aconselhamento de pacientes com câncer requer conhecimentos específicos e profundos de questões espirituais e religiosas³²⁷. ❖ O conselheiro deve ser capaz de motivar os pacientes, que frequentemente estão desenganados³²². Deve esclarecer dúvidas e confusões de cunho religioso/espiritual que interferem na tomada de decisões quanto aos cuidados de saúde. ❖ Considerar a própria bagagem cultural no aconselhamento (ter consciência de que suas experiências, crenças e afetos influenciam neste processo). ❖ Necessidade de reconhecer os limites de sua competência técnica³²³. ❖ Compreensão das diferenças de etnia/raça/cultura e de religião entre o terapeuta e paciente³²³. ❖ Ampliar seu universo de conhecimento e repertório de experiências com outras religiões³²³. ❖ Capacidade de romper posturas etnocêntricas³²³. ❖ Acolhimento e aceitação incondicional³²³. ❖ Atitude de abertura para encontrar o outro na sua situação de sofrimento³²³. ❖ Postura de alteridade e respeito ao outro³²¹.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Métodos de aconselhamento que podem integrar-se a teoria transpessoal de Jean Watson.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Gestalt Therapy</i>³²⁴; Transferência e Contratransferência³²⁶ como elementos terapêuticos, Aconselhamento Etnopsicológico/ Multicultural^{321,323}, Método de Andaime, Aconselhamento Estratégico³²⁸ e Método da Escada em Espiral³²⁹ mantiveram pontos de integração com a teoria de Watson. A Teoria do cuidado humano está metodologicamente embasada em pressupostos fenomenológico - existenciais. O método <i>Gestalt Therapy</i> e escada em espiral mantém sintonia com os postulados Watsonianos de integração mente-corpo-espírito, pois entretem um olhar para além da dimensão corporal, que se estende aos mistérios espirituais e questões existenciais da própria vida e morte. Assim como na Teoria de Watson, Frederick Perls, criador da Gestalt-Terapia; e Andrew J. Miler, ao contrário de buscar as causas ou os porquês, pretendem na abordagem Gestáltica e Método de Aconselhamento Escada em Espiral, a captação de como ocorre um dado fenômeno, tomando-o em sua totalidade. ❖ Para o cuidado espiritual de enfermagem, também deve ser provisionado um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e corretivo para o paciente. Assim, fica afirmada a importância do <i>setting</i> para a realização do aconselhamento, preconizadas pelas vertentes psicológica, psicoterápica e pastoral. ❖ A transferência e contratransferência como elementos do método terapêutico se enquadram à teoria Transpessoal. Neste olhar, o analista pode manter um papel responsável de “livre flutuação” no aconselhamento, não apenas com pensamentos, mas também sentimentos, atitudes e comportamentos próprios. O terapeuta se torna parte da situação analítica, não apenas como expectador, mas parte atuante, permitindo a ação de sua subjetividade no aconselhamento. A posição do analista, nesta lógica, não se resume a observar e interpretar comportamentos do aconselhado, mas de envolvimento proativo, em que ele se torna um coautor no processo terapêutico. Analistas podem modificar aspectos intoleráveis e desajustados dos pacientes expressos na transferência. O terapeuta pode devolvê-los de forma atenuada e desintoxicada³²⁶.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Os métodos do andaime e aconselhamento estratégico trabalham de acordo com pressupostos Watsonianos. Esses métodos não explicam a situação em termos de parâmetros, mas de ações envolvidas e níveis de competências para alcançá-la, com delegação progressiva de responsabilidade. Colocam em evidência os custos de uma opção, seus efeitos, objetivos e significados dentro de um problema. Em suma: avaliam o que está acontecendo e o que o sujeito pode fazer para resolver um problema; uma vez entendida a análise e observando como as variáveis funcionam, o sujeito ganha meios para enfrentar o conflito de forma eficaz³²⁸. Ex: Quando você age desta forma, para obter tal resultado, acontece isto... então, é melhor que você reavalie esta ação... para que isto não aconteça... ❖ O aconselhamento multicultural e etnopsicológico^{321,323} prezam pela alteridade e respeito ao outro. A incorporação das matrizes culturais como parte do processo de aconselhamento permite uma maior aproximação do universo religioso de referência da pessoa aconselhada. Há um reconhecimento da existência de dimensões espirituais, que podem e devem ser acolhidas no aconselhamento.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Sugestões para otimizar a prática de aconselhamento</p>	<p>O pluralismo religioso, que caracteriza a cultura brasileira é marcado não só pela diversidade, mas pela qualidade das diferenças. A realização de pesquisas com o tema auxilia na compreensão deste universo. Uma atitude aberta para encontrar o outro, na situação de sofrimento, pode prover meios mais eficazes para seu alívio, balizando a intervenção do aconselhamento religioso/espiritual no sentido de determinadas práticas e crenças para o aconselhado.</p> <p>Para o exercício do aconselhamento se torna pré-requisito o conhecimento dos principais dogmas e conceitos que embasam algumas das religiões mais presentes na sociedade brasileira. Através deste conhecimento, é possível atender as diferentes demandas que os pacientes trazem sobre crenças e sofrimento durante a avaliação de enfermagem.</p> <p>As questões de dogmas e de valores podem ser fontes importantes de desconforto e de impasses, ocasionam dilemas nem sempre solvidos sem prejuízos psicológicos e emocionais, impactando no alcance da melhora e bem-estar do paciente. Watson afirma que um dos pilares da teoria é aceitar o indivíduo não só como ele é agora, mas também como será amanhã, e entende que o desenvolvimento pessoal acontece quando se permite a pessoa escolher o melhor para si. Portanto, é imprescindível aceitar as escolhas do indivíduo sem uma postura de julgamentos.</p> <p>Da Teoria de Watson emergiu um aconselhamento que liberta sentimentos, permite ao cliente assimilar a melhor condição de seu próprio ser, levando a organização do eu percebido e do eu experienciado¹⁰⁷. O objetivo maior da prática de aconselhamento, segundo a Teoria Transpessoal, é levar os sujeitos a se tornarem conscientes de suas raízes espirituais e axiológicas subjacentes, dos dilemas que enfrentam com a doença e como podem encontrar, na sua religião, um espírito criativo para resolver as adversidades. Por este meio, sugerem-se as seguintes ações para otimizar a práxis de aconselhamento na enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Apresentar modelos e diretrizes práticas para o exercício do aconselhamento espiritual, realizado por enfermeiros em unidades que prestam assistência para pacientes com câncer. ❖ Definir competências e critérios de encaminhamento para consultas multiprofissionais, que poderão envolver os serviços de psicologia, de

psicoterapia, de capelania hospitalar, de líderes religiosos e espirituais.

- ❖ Documentar as etapas de atendimento em fluxogramas simples, que poderão nortear os profissionais de forma clara nas condutas a serem implementadas.
- ❖ É recomendável que o profissional leia, estude religiosidade e aprimore competências multiculturais³²³.
- ❖ Dar preferência para o exercício da função de aconselhamento para profissionais que reconheçam e possam integrar os valores espirituais de pacientes no curso de seu tratamento. A presença de um conselheiro profissional, que represente estes valores e crenças, sempre que possível, é indicada³²⁴.
- ❖ Recomenda-se formação profissional no nível de mestrado para conselheiros³²⁴.
- ❖ Psicoterapia e cuidado pastoral são disciplinas que mantêm um relacionamento mais inclusivo que exclusivo³²⁴. Quando disponível, procurar articular esses profissionais na assistência. A enfermagem é uma profissão que pode abraçar a espiritualidade, unindo ambas as disciplinas em sua prática clínica.
- ❖ Para pacientes pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade, como minorias étnicas, raciais, e culturas alvo de intolerância religiosa se deve solicitar participação de um membro de mesma denominação religiosa no planejamento da assistência espiritual.

Quadro 20 - Intervenções de enfermagem articuladas às categorias fenomenológicas encontradas neste estudo. Rio de Janeiro, 2018.

Categorias	Intervenções de Enfermagem
O Sofrimento para o Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ajudar o paciente a narrar as histórias de sua jornada para obtenção do diagnóstico, escutando a sucessão de eventos de forma empática. Alguns autores têm considerado que a narrativa deve ser utilizada no trato do sofrimento, sendo uma importante estratégia de coleta de dados. Através dessa, é possível compreender a interpretação que os sujeitos dão aos eventos e perceber como o câncer se encontra integrado às suas vidas. (grifo nosso)³³⁰. Com este estudo, foi verificado um caráter terapêutico conferido pela entrevista fenomenológica, referido pelos próprios pacientes. Neste sentido, é possível que a reflexão e o relato das experiências pessoais possam ajudar no alívio e cura do sofrimento. ❖ Evitar interrupções e julgamentos pessoais, seja para diminuir ou supervalorizar fatos desencadeadores de sofrimento. ❖ Não interromper o cliente nos momentos de maior fragilidade emocional, para não subtrair o sintoma, anestesiando o mesmo. Segundo Wright (2017), o sofrimento pode residir nas trajetórias da doença, e falar sobre as experiências pessoais no percurso para o diagnóstico pode amortecer o sofrimento. ❖ Não se trata apenas de ouvir, mas prover uma afirmação moral e de reconhecimento à coragem daquele que enfrentou, entre várias adversidades, um longo tempo de espera para o diagnóstico. Neste prisma, contar histórias também evoca um significado para as vivências, na medida em que fornece sentido aos acontecimentos. ❖ Evitar comparações com casos semelhantes que o terapeuta tenha se deparado. O sofrimento é uma experiência subjetiva, única e profunda de cada ser humano, sendo lamentável estabelecer comparações. ❖ As narrativas das histórias de sofrimento para o diagnóstico emergiram, neste estudo, como um componente essencial do processo de enfrentamento da doença. Possibilitaram aos pacientes, iniciando o tratamento quimioterápico, galgar novas etapas na luta contra o câncer.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar o quanto de informações o paciente deseja e suporta saber durante a comunicação de notícias difíceis, a exemplo do diagnóstico de câncer. É seu direito receber informações precisas e claras, porém também o é não as receber. Cumpre assinalar que o laudo diagnóstico é de responsabilidade médica^{184,331}, o que não

O sofrimento do Diagnóstico	<p>dispensa orientações posteriores de enfermagem direcionadas ao suporte emocional, psicológico e assistência no enfrentamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interpretar, durante a consulta de enfermagem, o estado emocional do paciente e outros sinais que mostram ao profissional até onde prosseguir com as informações sobre o câncer¹⁸⁴. ❖ Estar atento a fatores sociodemográficos que podem interferir no desejo de receber explicações pormenorizadas. Pacientes do sexo feminino, com idade mais jovem e maior nível de instrução tendem a requerer mais informações¹⁸⁴. ❖ Fornecer explicações claras. Retirar dúvidas com desvelo e solicitude demonstram uma atitude humanística¹⁸⁴. ❖ Em caso de recusa ou atitudes de negação, selecionar um interlocutor da confiança do paciente para transmitir as orientações de enfermagem¹⁸⁴. ❖ Avaliar as crenças pessoais do paciente sobre o câncer, especificamente sobre sua etiologia/causa, tratamento, cura, prognóstico e resultados¹⁰³. ❖ Avaliar as crenças sobre o controle pessoal, capacidade de influenciar a evolução natural do câncer, interferência nas relações pessoais, o papel da família e dos profissionais de saúde no processo de adoecimento¹⁰³. <p>As crenças são importantes, porque darão sentido para as experiências de sofrimento, influenciando o modo como os pacientes veem, avaliam, e o mais importante, como aceitam ou rejeitam intervenções de enfermagem. Para Wright (2017), certas crenças podem manter uma doença, exacerbar seus sintomas, ou aliviar o sofrimento^{103,104,105}.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ajudar o paciente a identificar crenças que são libertadoras (abrem o leque de opções para a cura) e as que são castradoras (restringem as possibilidades de intervenção e ¹⁰³ reduzem a adesão aos cuidados prescritos). ❖ Incentivar o uso dos recursos espirituais, que ajudam o paciente a se recuperar. O objetivo é manter hábitos saudáveis, vencer os efeitos tóxicos da quimioterapia e enfrentar a possibilidade de morte.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar que o desgaste físico, mental, social e espiritual são maiores no início. Os sintomas decorrentes do câncer são frequentemente mais acentuados antes do tratamento antineoplásico¹⁷⁸. ❖ Informar os efeitos mais esperados para o protocolo indicado de maneira clara e direta, explicando-os em uma linguagem de fácil compreensão para o paciente. ❖ Dosar as orientações quanto aos efeitos colaterais do tratamento de

O Sofrimento de Começar	<p>acordo com as capacidades cognitivas, intelectuais e estado emocional do paciente.</p> <p>A primeira consulta de enfermagem, geralmente, abrange um volume grande de orientações, como esclarecimentos sobre a doença, prognóstico, opções de tratamento, efeitos colaterais associados e intervenções para controle. Os pacientes se encontram mais tensos e ansiosos, tornando-se complexa a assimilação de informações neste momento³³². Desta forma, o primeiro encontro pode não ser a ocasião ideal para fornecer um ensino detalhado do protocolo previsto. Neste contexto, fracionar as intervenções educativas pode melhorar a absorção e a compreensão das informações.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adequar os métodos de educação do paciente a sua realidade. Revisões sistemáticas sugerem que a escolha de métodos de ensino deve ser baseada nas preferências do paciente, refutando a implementação uniforme de rotinas rígidas³³². ❖ Selecionar para a primeira consulta de enfermagem, orientações que foquem na redução de ansiedade, medo e complicações mais frequentes decorrentes da quimioterapia. <p>Um grande volume de informações pode prejudicar a ação de ensino, pois aumenta o temor da quimioterapia e desmotiva a escuta atenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fornecer orientações por escrito das medidas de autocuidado ensinadas para controle dos efeitos adversos mais esperados. ❖ Dedicar um tempo maior para o paciente, após a comunicação dos efeitos colaterais do tratamento, permitindo a expressão de sentimentos negativos⁶⁰. ❖ Ajudar pacientes e familiares a se sentirem confortáveis para perguntar³³² e relatar suas maiores causas de preocupação.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fomentar a esperança⁶⁹, sem descuidar da necessidade de explicar os objetivos do tratamento. Tal medida visa evitar a frustração com as múltiplas recidivas, que surgem em neoplasias indolentes. É importante que o paciente mantenha expectativas realistas e consiga alcançar níveis razoáveis de qualidade de vida, tendo em conta os limites impostos pelo diagnóstico e estadiamento oncológico. ❖ Ajudar o paciente a encontrar fontes, nas quais pode depositar esperança²⁴, como controle da dor; acompanhar os primeiros anos de crescimento de um filho; de um neto; e manutenção de um modo de vida produtivo, como trabalhar em uma obra social. ❖ Não destruir, entretanto, a esperança que se baseia na espera por milagres ou fé em curas espirituais, se esta for a crença do paciente. Para Potter, a fé e esperança estão intimamente conectadas ao bem-estar espiritual de uma pessoa, promovendo força para lidar com a

O Sofrimento de Reconectar

doença e o sofrimento gerado por essa²⁴.

- ❖ Reconhecer no aconselhamento as diferenças entre sintomas depressivos e perda da esperança, em se tratando de recidiva ou progressão de doença.

Questões como: “Quais as suas expectativas para os próximos 5 anos” podem ajudar a identificar desesperança, ideação suicida e pensamentos de morte nessas situações.

- ❖ Avaliar pacientes com alto risco de medo de recidiva (MR), definido como medo ou uma preocupação exacerbada de retorno do câncer no mesmo local, metástase a distância ou progressão de doença. As consequências do MR são sofrimento psicológico excessivo, dificuldades em fazer planos, e aumento do uso de serviços de saúde, elevando os custos com assistência hospitalar e ambulatorial²⁴⁰.
- ❖ Identificar pacientes com risco aumentado para MR, como aqueles experimentando efeitos adversos da quimioterapia em graus elevados, sintomas depressivos, e submetidos à radioterapia concomitante²⁴⁰. Outros fatores de risco são o tratamento paliativo, recebimento de protocolos, que incluem drogas com maior potencial para segunda malignidade e efeitos tardios, como infertilidade.
- ❖ Identificar no histórico fatores de risco para desesperança. A literatura aponta baixa *Performance Status*, religiosidade fragilizada, ansiedade, depressão, fadiga, dor, demora para início do tratamento quimioterápico e baixa renda⁴⁶.
- ❖ Explicar os mecanismos de resistência tumoral e a necessidade de trocas de protocolo durante os episódios de recidiva. Essa intervenção evita nos pacientes a ideia equivocada de que são alvo de “testes com medicamentos” e “objetos de pesquisa”. Tais percepções foram desveladas nesta subcategoria fenomenológica, sinalizando o risco de sofrimento psicológico a que estão expostos pacientes iniciando QTA de segunda, terceira ou quarta linha.

- ❖ Aplicar escalas de sofrimento, ansiedade e depressão na admissão dos pacientes, antes e após recidiva. O objetivo é fornecer um meio para monitoramento da melhora, da piora e da estagnação do estado de saúde psicoemocional do paciente.

- ❖ Avaliar as estratégias de enfrentamento, identificando as focadas no problema, na emoção, na religião e no suporte social. Sua análise permite redirecionar as formas de enfrentamento que aumentam “O sofrimento de suportar”.

Com foco na emoção, os pacientes assumem uma postura defensiva, afastando-se do problema. Tendem a deixar que o inconsciente

determine seu comportamento. De maneira inversa, o foco no problema direciona para um melhor ajuste, predizendo menor sofrimento psicológico e *coping* religioso negativo²⁹⁷. Outros estilos de enfrentamento não adaptativos a serem avaliados incluem a negação e uso de álcool/drogas⁶⁷.

- ❖ Implementar a terapia cognitivo-comportamental no aconselhamento, a depender do treinamento e habilidades profissionais do terapeuta, uma vez que foi bem documentado na literatura sua efetividade na redução do estresse de pacientes oncológicos¹⁷⁸. Se constitui em um erro comum assumir que a depressão e o “sofrimento de suportar” representam um acometimento inevitável de pacientes que enfrentam o tratamento quimioterápico.
- ❖ Auxiliar os pacientes a identificarem a quimioterapia como recurso para manter a vida, e não apenas como mais uma terapêutica fonte de sofrimento.
- ❖ Reforçar os benefícios conquistados com o tratamento, como melhora da P.S, nível de atividade, alívio dos sintomas oncológicos, e ganho em qualidade de vida.
- ❖ Precaver o paciente sobre a falsa impressão de que o câncer está vencendo ou não está sendo adequadamente tratado, gerado pelo estereótipo de emagrecimento, de alopecia, fadiga e palidez cutânea¹⁷⁸.
- ❖ Discutir os impactos na qualidade de vida e de sofrimentos psíquicos decorrentes dos efeitos tóxicos do tratamento quimioterápico.
- ❖ Adicionar a intervenção *Mindfulness* ao aconselhamento, de acordo com as habilidades técnicas e treinamento do terapeuta. *Mindfulness* tem sido definido como o cultivo de um tipo de consciência plena caracterizado pelo não julgamento, abertura e aceitação de experiências externas e internas. A intervenção pode ser aplicada após o aconselhamento e incluir o exercício do paciente de pelo menos 45 min de prática diária em seu domicílio³³³.
- ❖ Ajudar o paciente a identificar preocupações que estão sob seu controle e as que estão fora de seu alcance. Encorajá-lo a colocar os problemas que escapam a sua vontade sob o controle de Deus, incentivando a oração, quando essa for a sua crença.
- ❖ Certifique-se de que cada diagnóstico de enfermagem tenha indicadores clínicos e fatores relacionados precisos, melhorando dessa forma a efetividade das intervenções propostas. Diagnósticos prováveis nesta categoria são: Medo, Ansiedade, Enfrentamento Ineficaz, Resiliência prejudicada e Desesperança.
- ❖ Antes de realizar um julgamento clínico e formular um plano de

	<p>cuidados, confirmar com o paciente as características definidoras dos diagnósticos²⁴</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Sozinho em um deserto pude ouvir o grito de meu silêncio. Minha família, Minha força.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar quem faz parte do núcleo familiar do paciente, pois se considera que é uma parte importante do histórico inicial de enfermagem. Perguntas como: “Quem é seu porto seguro”? “O que os outros fazem por você que é útil?” “Os familiares/amigos estão disponíveis quando necessário?”²⁴ auxiliam na avaliação da rede social de suporte, além de contribuir para com a identificação dos diagnósticos de enfermagem Risco de solidão, Processos familiares interrompidos e Isolamento social. ❖ Facilitar a tomada de consciência por parte do paciente de sua rede de suporte¹⁰⁶. ❖ Descobrir quem é a comunidade de fé do paciente²⁴. ❖ Facilitar a expressão de sentimentos em relação à forma com que se relaciona com a família, com amigos, e profissionais que prestam assistência hospitalar¹⁰⁶. ❖ Identificar fatores de risco/fases do tratamento que aumentam a vulnerabilidade para solidão emocional e social. (Fase de indução no tratamento de leucemias agudas, pacientes realizando protocolos de longa duração, regimes com cinco ou mais dias consecutivos, e domicílio distante da instituição de referência.) Solicitar sempre que possível o apoio do serviço social, a fim de garantir a presença de familiares e de amigos no período de quimioterapia. ❖ Identificar sentimentos de culpa que impedem o crescimento pessoal. ❖ Ajudar o paciente/família a mobilizarem recursos para se aproximarem de parentes e amigos afastados após o diagnóstico oncológico. ❖ Incentivar visitas aos familiares e pessoas que são queridas. ❖ Facilitar a reconciliação com pessoas significativas para o paciente, quando esse mencionar desentendimentos que são causa de sofrimento atual. ❖ Identificar no discurso do paciente sentimentos de que ninguém percebe o que o mesmo está a experienciar¹⁰⁶. Ignorar queixas desta natureza pode agravar o sofrimento sociorrelacional. ❖ Quando possível, indicar e envolver o paciente em terapias de grupo. Os pacientes são encorajados a interagirem dentro e fora das sessões, aprendendo com as experiências compartilhadas. O objetivo é diminuir a sensação de solidão e de isolamento social ao ampliar as redes de suporte. Dados da literatura apontam benefícios do grupo e suporte social em reduzir os impactos do câncer sobre os relacionamentos, melhorar a saúde mental, e até mesmo aumentar a sobrevida. Faltam, todavia, pesquisas que descrevam modelos e protocolos que possam ser replicados na prática³³⁴. ❖ Caso se opte pela modalidade “Terapia de Grupo” para pacientes em quimioterapia ambulatorial, aplicar diferentes técnicas para facilitar a expressão de pensamentos e sentimentos. São recomendados exercícios respiratórios e auto-hipnose. O objetivo é

	<p>permitir uma reflexão sobre o passado, situação atual e esperanças para o futuro. Os participantes devem encontrar abertura para dividir preocupações sobre o tratamento e gerar seus próprios tópicos de discussão, como: vida, morte, medos, ansiedades e dificuldades de relacionamento³³⁴.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dedicar um momento da consulta de enfermagem à família e ouvir as histórias compartilhadas. Essa intervenção permite ao paciente e familiares compreenderem melhor como o outro se sente na situação. Gerar esse diálogo capacita a família na construção de pontes interpessoais, que solidificam a relação e promovem a cura³³⁰. ❖ Incentivar a presença e participação de cuidadores e de familiares no ambulatório de quimioterapia durante a infusão dos fármacos. ❖ Informar a família e ao paciente sobre recursos espirituais disponíveis na comunidade (enfermeiros paroquiais, capelães, núcleos de assistência religiosa no ambiente hospitalar/comunitário, clero e aconselhamento pastoral)²⁴. ❖ Encaminhar e orientar familiares sobre a necessidade de receber apoio e assistência de membros de sua congregação religiosa. Foi documentado em estudos que os familiares que recebem assistência espiritual experimentam menos angústia mental e sobrecarga durante a fase de tratamento.²⁴
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">A escuta do Indivíduo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Respeitar o espaço e o momento do paciente para comunicar o sofrimento, na medida em que este tem o direito, e pode sentir necessidade de estar só³³⁵. ❖ Estar atento as situações em que pacientes se utilizam de mecanismos de defesa para mascarar o sofrimento. Os profissionais devem considerar este comportamento como um sinal de sofrimento reprimido. ❖ Avaliar sinais e sintomas de sofrimento físico e psíquico em pacientes com capacidades verbais prejudicadas para seu relato. O sofrimento pode assumir manifestações diversas, de forma a tornar sua identificação complexa em pacientes com tumores de cabeça e de pescoço e de sistema nervoso central. Atentar para pupilas dilatadas, hipertensão, taquicardia, taquipneia, rubor facial, inquietação, sudorese, insônia e choro. ❖ Desenvolver habilidades de comunicação com pacientes traqueostomizados e incapazes de articular palavras. Mostrar-se disponível para compreender suas necessidades e não concluir frases/tentar adivinhá-las antes que terminem sua fala ou escrita. ❖ Acessar dimensões mais sutis do aconselhado através de alguns atributos essenciais de cuidado propostos por Watson, nomeadamente: conectividade, energia, propósito, significado e autotranscendência. Com base na natureza iminentemente espiritual do cuidado almejado pela teoria, derivada de elementos que transcendem a matéria, se constituem recursos poderosos o uso de forças e campos energéticos, que permitam ao enfermeiro intuir um estado de sofrimento inconsciente para o indivíduo^{111,112}. Ao

explorar o campo fenomênico se pode reconhecer um estado de instabilidade emocional e psíquica não diagnosticados por enfermeiros, que lançam mão apenas de recursos técnico-instrumentais. Técnicas de mentalização e de respiração podem acurar o potencial perceptivo do enfermeiro ao lidar com a esfera energética do paciente¹¹².

- ❖ Analisar no discurso de pacientes, recursos linguísticos insuficientes para expressar o sofrimento, decorrente do baixo nível de instrução ou constrangimento.

O uso de pausas longas, fala embargada, e marcadores conversacionais excessivos, como né, tá e é, são indicadores de embotamento afetivo e alexitimia.

- ❖ Em se tratando de pacientes com distúrbios de fonação, sempre que possível se utilizar de fontes alternativas para avaliação do sofrimento. Citam-se o uso de escalas (IESSD, Termômetro do Sofrimento), arte, comunicação escrita, linguagem dos sinais (libras) e instrumentos que se baseiam em comportamentos/face de dor.

Cumpra assinalar que na tentativa de se traduzir o sofrimento para uma linguagem escrita ou verbal, há sempre algo que não é possível objetivar, mas simplesmente partilhar. São reações que evocam o incomunicável da experiência, resgatando o valioso lugar da interação enfermeiro-paciente.

- ❖ Estar atento para incongruências entre a comunicação verbal e a não verbal, evitando o equívoco de aceitar a mensagem verbal como verdadeira²⁴.
- ❖ Avaliar outras respostas emocionais em pacientes com neoplasias de cabeça e de pescoço, como distúrbios da imagem corporal, autoconceito e autoestima baixos; depressão e ansiedade¹⁵⁶.
- ❖ Pesquisar comportamentos não verbais de culturas diferentes para não interpretá-los de forma errônea²⁴. A miscigenação e diversidade cultural do Brasil podem fazer com que a linguagem corporal seja facilmente mal interpretada.
- ❖ Avaliar pacientes portadores de câncer de cabeça e de pescoço com parcimônia. As deformidades faciais e desfiguramento impedem a comunicação de emoções da parte mais expressiva do corpo, revelando pouco sobre o que estes pacientes estão sentindo e pensando. Evitar mostrar choque, desgosto, e outras reações de repulsa ao aproximar-se de pacientes traqueostomizados, com volumosas massas tumorais e feridas neoplásicas com odor fétido.
- ❖ Melhorar a qualidade de vida destes pacientes por meio da introdução de tecnologias de comunicação alternativa. A literatura sugere o uso que vai desde instrumentos simples, como prancha; aos mais sofisticados, como tablets, computadores, *softwares*, novos aplicativos e comunicadores de voz.¹⁵⁶
- ❖ Diminuir o isolamento social introduzindo precocemente recursos alternativos de comunicação. Não aguardar a evolução da doença, quando as oportunidades e condições de aprendizado são reduzidas.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evitar sempre que possível o uso de sistemas simbólicos não apoiados, como leitura labial e gestos. Existe o risco de aumentar o nível de estresse e sofrimento com respostas mal interpretadas pelo interlocutor.¹⁵⁶ ❖ Observar como pacientes mantêm contato visual. A falta de contato pode sinalizar uma atitude defensiva, desconforto com a presença do enfermeiro, ansiedade e falta de disposição para se comunicar. Procurar manter contato no mesmo nível visual para demonstrar igualdade na relação. Manter um olhar de cima para baixo pode sinalizar autoridade e causar bloqueios na comunicação.²⁴ ❖ Confirme o significado de gestos, suspiros, choro e gemidos para interpretá-los com precisão. Podem estar transmitindo felicidade ou sofrimento.²⁴
<p style="text-align: center;">O Sofrimento de Não se reconhecer e ser Reconhecido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ajudar o paciente a falar abertamente sobre as dificuldades em reconhecer o próprio corpo, e lidar com sondas, drenos, ostomias, próteses e órteses. ❖ Sugerem-se as seguintes questões disparadoras para uma melhor compreensão de como o indivíduo se sente afetado pelo câncer e pela quimioterapia: como a doença/o tratamento alterou sua vida? Qual sua maior preocupação em relação ao câncer/a quimioterapia? Como você se vê agora? ❖ Capacite o paciente e fortaleça sua autonomia para tomada de decisão durante o curso de terapia antineoplásica. Durante a consulta de enfermagem, foque orientações que aumentem a sensação de controle sobre a doença e o tratamento. ❖ Considerar opções e estilo de vida pessoal na indicação de cateteres venosos, respeitando-se as indicações clínicas, tempo previsto de terapia, característica vesicante/irritante dos fármacos e condições atuais do acesso venoso periférico. ❖ Conhecer preferências e a cultura religiosa/espiritual do paciente, para que o mesmo se sinta respeitado em suas escolhas. ❖ Identificar orientações religiosas que causem tensão com os planos de cuidado médico e de enfermagem. Por exemplo, para um paciente Testemunha de Jeová, o uso de hemoderivados não é uma opção a ser considerada no tratamento da anemia sintomática secundária ao uso de drogas mielotóxicas. O desrespeito a sua decisão, salvo risco de morte, tem implicações éticas e legais para os profissionais de saúde. ❖ Observar adesão medicamentosa e possíveis interferências do sistema de crenças do paciente. O tratamento quimioterápico, frequentemente, requer o uso de múltiplos fármacos para controle dos efeitos adversos. Alguns pacientes nutrem a crença de que substâncias químicas excessivas são prejudiciais ao corpo e mantêm um regime terapêutico inadequado. Promover adesão terapêutica sem ferir os princípios religiosos/espirituais do paciente é um princípio ético no atendimento de enfermagem. ❖ Não permitir que crenças pessoais interfiram nas decisões do paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evitar o uso de linguagens que discrimine diferentes religiões²⁴. ❖ Avaliar o risco de sofrimento espiritual a que estão expostos pacientes pertencentes à minorias étnicas, raciais, membros de religiões africanas, e culturas marginalizadas na sociedade. ❖ Remover preconceitos pessoais para descobrir o que significa espiritualidade para o paciente. Para Bailey (2009), a espiritualidade é uma dimensão altamente subjetiva, e significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Neste prisma, se faz importante ajudar os pacientes a se manterem conectados com a natureza, a vida, e um ser maior respeitando seu sentido original de espiritualidade²⁴. <p>As seguintes intervenções descritas abaixo se destinam aos pacientes portadores de colostomia/ileostomia, cujo sofrimento de portar o estoma desvelou a categoria temática: “O sofrimento de não se reconhecer”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prover o encaminhamento para estomaterapeutas em caso de lesões de pele, ostomias com alta produção de efluentes, dificuldades de adaptação à bolsa e recusa em se autocuidar²⁴. ❖ Fornecer instruções para os cuidados com a pele, adequação do vestuário, e troca da bolsa²⁴. ❖ Fortalecer a autoestima. ❖ Fornecer protetores de barreira cutânea para prevenção de lesões de pele. ❖ Avaliar o grau em que o paciente compreende e aceita alterações na autoimagem, limitações impostas por sondas, drenos, cateteres e ostomias. ❖ Busque compreender as estratégias que ele escolhe para ajustar-se as mudanças.²⁴ ❖ Encaminhar pacientes com má adaptação à bolsa de colostomia/traqueostomia para atendimento psicoterápico.
Tempo contado.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar se a frequência à instituição hospitalar e os inúmeros comparecimentos para quimioterapia não alteraram rituais e práticas espirituais do paciente. A expressão da espiritualidade pode incluir rituais como: batismo, meditação, jejum, cantos, leitura das escrituras, oferendas e cerimônias. Desta forma, protocolos com previsão de internação prolongada e período de nader duradouro, colocam adeptos de religiões ritualísticas em risco para o sofrimento espiritual. Rituais fornecem, nesta linha de raciocínio, uma estrutura de apoio em momentos difíceis para o paciente, constituindo-se em catalisador de sua recuperação.²⁴. ❖ Restrições no tempo decorrentes de longos ciclos de quimioterapia também impedem que pacientes vivam intensamente; deixem de se preocupar com o amanhã; apreciem a natureza; expressem amor pelas pessoas e mantenham qualidade nas relações familiares e vínculos de amizade ²⁴. Portanto, avalie os prejuízos na dimensão

	<p>social e familiar das restrições de tempo impostas pelo tratamento oncológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover atividades lúdicas e recreativas sempre que possível durante o recebimento da quimioterapia. ❖ Otimizar o tempo na sala de espera com vídeos educativos. ❖ Disponibilizar livros e revistas enquanto pacientes aguardam e realizam procedimentos ambulatoriais. ❖ Incentivar a presença de amigos e de familiares durante os comparecimentos à instituição hospitalar. ❖ Diminuir a necessidade de retornos à instituição, evitando ocupar a semana com procedimentos que podem ser executados no mesmo dia, a exemplo de exames de imagem, patologia clínica, consultas ambulatoriais, e radioterapia. ❖ Encaminhar para o serviço social pacientes como residência fora do município da instituição de referência, e com distâncias maiores que 100 km.
<p>A pergunta por que eu e por que não eu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Permitir a tomada de consciência por parte do paciente de seus projetos frustrados¹⁰⁶. ❖ Explicar ao paciente as razões genéticas, fatores físicos, ocupacionais e ambientais envolvidos no processo de carcinogênese. ❖ Identificar crenças religiosas que levam o paciente acreditar que está sendo punido ou castigado por erros cometidos no passado ¹⁰⁶. ❖ Desconstruir no aconselhamento a ideia que o câncer é uma doença que acomete aqueles que incorreram nos excessos do prazer, principalmente, mulheres com câncer ginecológico e homossexuais, nas quais existe a crença de que o adoecimento pode ser resultado de "pecados e vícios"²²⁶. A orientação de práticas sexuais seguras, entretanto, deve integrar as intervenções de enfermagem. ❖ Desmistificar os conceitos do que o câncer expressa o caráter do paciente, surgindo como consequência de emoções reprimidas, experiências viciosas, vontade anulada, e mágoas profundas. A crença de que o câncer é fruto de comportamentos considerados recalcados, incidindo mais em pessoas incapazes de aceitarem a si mesmas ou reconhecerem seus desejos ²²⁶, é causa frequente de culpa, de sofrimento psicológico e espiritual. ❖ Manter uma postura de neutralidade em relação às crenças religiosas que pacientes possam referir durante o atendimento. Promover apenas uma reflexão do uso (ou mau uso) que o paciente faz das mesmas ³². ❖ Obter história espiritual.³³⁶ ❖ Diferenciar “sofrimento” de “sofrimento espiritual”. A perda de significado é um bom indicador clínico de sofrimento espiritual, por ter alta sensibilidade. Muitos pacientes com doenças graves podem estar em sofrimento, sem necessariamente experienciar a falta de

A pergunta por que eu e por que não eu.

significado na vida, questionar o sentido do próprio sofrimento e apresentar crises de identidade pessoal³³⁷.

- ❖ Avalie a perda da capacidade de expressar conexões com algo maior que si mesmo²⁴.
- ❖ Identificar possíveis fontes de força na dimensão espiritual, que podem ser valores, práticas religiosas, uma comunidade ou crenças³³⁶.
- ❖ Revisão de vida. Ajudar o paciente a relembrar feitos alcançados que contribuem para uma imagem positiva de si mesmo. Sugere-se rememorar experiências de vida que marcarão seu legado ¹⁰⁶.
- ❖ Convidar o paciente durante o aconselhamento a falar sobre aspectos importantes de sua vida desde que se descobriram doentes, como momentos em que se sentiram mais fortes, oportunidades de aprendizado e lições que poderiam ser transmitidas a outros pacientes.
- ❖ Utilizar estratégias de logoterapia para se trabalhar com o paciente fontes de sentido da vida e o significado para as experiências de sofrimento¹⁰⁶. Vários estudos têm concluído que questões existenciais em pacientes com doenças graves aumentam o risco de suicídio e desejo de acelerar a morte³³⁴.
- ❖ Avaliar o conjunto de estratégias positivas e negativas, na dimensão religiosa e espiritual para lidar com o sofrimento. Este estudo sugere a escala CRE-Breve, por ter sido validada e adaptada à cultura brasileira, demonstrando expressiva consistência interna com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,90. Ficou bem documentado na literatura que os pacientes com câncer sob regime de quimioterapia são predominantemente religiosos, consideram importante a espiritualidade/religiosidade e esperam que os profissionais de saúde possam abordar essa dimensão através do cuidado espiritual ⁴⁹.
- ❖ Reestabelecer a ligação do indivíduo com sua religião, bem como articulação com líderes religiosos, pastores e diretores espirituais.