

doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i4p183-186>

Experiência espiritual de um idoso em pré-operatório oncológico: relato de caso

Spiritual experience of an elder in oncological preoperative care: case report

Arthur Fernandes da Silva¹, Aline Quental Brasil¹, Juliana Fontes Freire¹,
Ana Carolina Duarte de Oliveira¹, Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira²,
José Maurício Pereira Lopes³, Suziy de Matos Bandeira⁴

Silva AF, Brasil AQ, Freire JF, Oliveira ACD, Ferreira AGC, Lopes JMP, Bandeira SM. Experiência espiritual de um idoso em pré-operatório oncológico: relato de caso / *Spiritual experience of an elder in oncological preoperative care: case report*. Rev Med (São Paulo). 2016 out.-dez.;95(4):183-6.

RESUMO: A atenção à dimensão espiritual é fundamental para a visão do paciente oncológico como ser integral. A avaliação espiritual pode identificar necessidades como propósito, fé e relações na vida, a serem abordadas através de diretrizes específicas. Novos estudos têm demonstrado a alta prevalência de experiências espirituais em sujeitos não portadores de transtornos psicóticos ou dissociativos, em geral em amostras clínicas e institucionalizadas. Tais alterações de consciência possuem valor pessoal e comunitário. *Relato de caso:* M.A.C., 88 anos, homem, viúvo e procedente de Mauriti-CE, internado em abril de 2015 em enfermaria oncológica. Na admissão, demonstrou intenso desejo de submeter-se a uma cirurgia, a despeito dos elevados riscos cardiovasculares e pós-operatórios. Inquirido sobre fontes de conforto, apontou que sua crença em Deus lhe sustentava, e relatou uma vivência espiritual ocorrida na noite anterior ao internamento: durante o sono, viu-se a sós, em seu quarto, quando o mesmo se iluminou e três figuras se apresentaram; o paciente as identificou como “Nossa Senhora acompanhada de duas crianças”, e sua presença aliviou sua ansiedade e medo em relação à cirurgia. Emocionado, relatou acreditar que a mesma o acompanharia durante o procedimento e que e aliviaria seu sofrimento. Durante sua internação o paciente demonstrou-se calmo, orientado, sem alterações de consciência, estado confusional, hiper ou hipoatividade ou sintomas positivos. Exames clínico e laboratoriais não aventaram causas psicopatológicas ou orgânicas

que pudessem justificar a vivência relatada, reforçando, pois, sua visão como experiência espiritual. **CONCLUSÃO:** Para fornecer um cuidado integral ao paciente é preciso compreender suas experiências e objetivos e dar suporte aos seus recursos de enfrentamento. Estudos adicionais devem aprofundar intervenções para melhor acessar e assistir a essas vivências espirituais, visando aprofundar o conhecimento da sua natureza.

Descritores: Espiritualidade; Idoso; Religião e medicina; Terapias espirituais.

ABSTRACT: Attention to the spiritual dimension is critical to understanding cancer patients as integral beings. Spiritual assessment can identify spiritual needs as purpose, faith and relationships in life to be addressed through specific guidelines. New studies have shown the high prevalence of spiritual experiences in subjects noncarriers of psychotic or dissociative disorders, usually in clinical and institutionalized samples. Such awareness changes have personal and communitarian value. *Case report:* M.A.C., 88 years old, man, widowed and living in Mauriti-CE, admitted in April 2015 at an oncologic ward. On admission, he showed intense desire to undergo surgery, despite the high cardiovascular and postoperative risks. When argued about comfort sources, he pointed out that his belief in God sustained him and reported a spiritual experience that took

Instituição de realização do trabalho: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo.

Apresentado como pôster eletrônico no *World Congress on Brain, Behavior and Emotions*, Buenos Aires, Argentina, 12-15 jun. 2016.

1. Acadêmicos de Medicina. Universidade Federal do Cariri (UFCA). Emails: tucafsilva@gmail.com, alinequentalb@gmail.com, julianafontesfreire@gmail.com, anacarolinaduol@gmail.com.

2. Acadêmico de medicina. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Email: gorayeb.alberto@gmail.com.

3. Médico infectologista. Universidade Federal do Cariri (UFCA). Email: jmplopes@oi.com.br.

4. Bióloga, doutora em Biotecnologia. Centro Universitário Leão Sampaio (Unileão). Email: suziy@oi.com.br.

Autor para correspondência: Arthur Fernandes da Silva. Rua Serinhaém, 149, Apart. 1403. Boa Viagem, Recife, PE. CEP: 51012-010. E-mail: tucafsilva@gmail.com.

place the night before the admission: during sleep, he was alone in his room, when it is lit and three figures presented; the patient identified them as “Our Lady accompanied by two children,” and their presence relieved his anxiety and fear of surgery. Touched, he reported to believe that the same would accompany him during the procedure and alleviate his suffering. During his hospitalization the patient presented himself calm, oriented, without consciousness alterations, confusional state, hyperactivity or underactivity or positive symptoms. Clinical and laboratory

tests did not suggest psychopathological or organic causes that could justify the reported experience, strengthening thus its vision as a spiritual experience. CONCLUSION: to provide comprehensive care to patients is to understand their experiences and goals and support their coping resources. Additional studies should deepen interventions to better access and watch these spiritual experiences, clarifying their non-pathological nature.

Keywords: Spirituality; Aged; Religion and medicine; Spiritual therapies.

INTRODUÇÃO

A espiritualidade é definida como dimensão fundamental para a qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Seu conceito^{2,3} engloba um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas buscam significados últimos, propósitos e transcendência, e experimentam relações consigo, com a família, com outros, com a comunidade, sociedade, natureza e com o significativo ou sagrado; essa espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas. Essa dimensão é tão crítica para o cuidado integral da pessoa que consensos internacionais têm apontado que, quando pacientes e profissionais entram em relações baseadas em cuidado compassivo, ambas as partes são transformadas e os pacientes podem encontrar restauração em meio ao sofrimento.

Experiências com procedimentos operatórios está associada a sentimentos de incerteza e transição, que podem levar o paciente a questionar sobre significado e propósito para a vida⁴. Durante todo o período perioperatório, muitos pacientes se deparam com o medo e a possibilidade de morte⁵. Também podem se associar sentimentos de isolamento, perda de controle e falta de esperança e, em casos de grandes cirurgias, perda da identidade, considerável ansiedade e até raiva^{6,7,8}. A vulnerabilidade que os pacientes podem apresentar no dia do procedimento⁶ cirúrgico também não pode ser ignorada.

Um componente comumente presente na experiência cirúrgica, a dor física⁹ é um processo complexo que se relaciona intimamente com outras dimensões do bem-estar, como a psíquica, espiritual e social. No pré-operatório, pacientes podem sofrer a antecipação da dor pós-operatória, e após o procedimento eles devem enfrentar a dor por vezes a ele associada. Muitos pacientes se apoiam em suas crenças espirituais¹⁰ para lidar com as experiências dolorosas, que desafiam seu bem-estar espiritual.

Nesse contexto, e baseados em suas crenças, é comum os pacientes referirem experiências espirituais. Experiência espiritual¹¹ pode ser definida como experiência na qual a pessoa alega ter tido contato ou se conectado com dimensões do universo ou o que identificam como transcendente. Tendo em vista que muitas pessoas relatam

experiências que incluem ver e ouvir espíritos, transe e estar sob influência direta ou indireta de entidades espirituais, essa definição ganha extrema importância, considerando a confusão que pode acontecer entre experiência espiritual não patológica e sintomas psicóticos e dissociativos. Essa confusão conceitual colaborou para a tendência, nos últimos duzentos anos, de considerar essas experiências como causas ou sintomas de transtornos mentais^{12,13}. Este relato de caso apresenta a experiência espiritual vivida por um paciente idoso em pré-operatório no Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, centro de referência em oncologia clínica e cirúrgica e radioterapia para a região do Cariri cearense.

MATERIAL E MÉTODOS

As informações contidas neste trabalho foram obtidas através dos relatos espontâneos do paciente em estudo durante internamento no setor de Oncologia (adulto) do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo – HMSVP, durante o mês de abril de 2015. Em seguida, iniciou-se uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relatos de caso, estudos de caso e artigos originais publicados nos últimos 15 anos (de 2000 a 2015) escritos em língua inglesa e portuguesa. A pesquisa bibliográfica foi realizada em maio de 2015 e os artigos foram obtidos nas bases de dados *Science Direct*, *Scopus* e *MEDLINE*.

Esse projeto de pesquisa foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri. Foram seguidos os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, visando à preservação dos quatro referenciais da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Com o objetivo de preservar a identidade do paciente em estudo, foram utilizadas apenas as suas iniciais na descrição dos dados.

Devido a obtenção de informações apenas do prontuário médico do paciente, foi solicitada e autorizada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Confidencialidade dos dados expostos está assegurada.

RELATO DE CASO

M.A.C., 88 anos, homem, viúvo, agricultor aposentado, natural e procedente de Mauriti-CE, internado em abril de 2015 em enfermaria do Serviço de Cirurgia Oncológica. Na admissão, demonstrou intenso desejo de submeter-se ao procedimento proposto, a despeito dos elevados riscos cardiovasculares e pós-operatórios associados. Inquirido sobre fontes de conforto, apontou que sua crença em Deus lhe sustentava a esperança “de que daria tudo conforme Sua vontade”, e relatou uma vivência espiritual ocorrida na noite anterior ao internamento: durante o sono, viu-se a sós, em seu quarto, quando o mesmo se iluminou e três figuras humanas se lhe apresentaram; o paciente as identificou como “Nossa Senhora acompanhada de duas crianças”, afirmando que suas presenças aliviaram sua ansiedade e medo em relação à cirurgia. Emocionado, relatou acreditar que a mesma o acompanharia durante o procedimento e que aliviaria seu sofrimento, quer fosse através da cura da enfermidade, quer fosse através da morte. Durante sua internação o paciente demonstrou-se calmo, orientado, sem alterações de consciência, estado confusional, hiper ou hipoatividade ou sintomas positivos. Exames clínico e laboratoriais não aventaram causas psicopatológicas ou orgânicas que pudessem justificar a vivência relatada, reforçando, pois, seu entendimento como experiência espiritual legítima e não patológica.

DISCUSSÃO

Situações de confronto com a doença ou queda do estado de saúde favorecem sentimentos de perda de controle e elevada sensação de desconhecimento dos desfechos de saúde¹⁴. Isso, aliado aos demais comportamentos da pessoa, podem evocar sua espiritualidade, utilizando ou não a religião como caminho.

Evidências científicas dentro do campo da psiconeuroimunologia¹⁵ têm demonstrado uma relação próxima entre o bem-estar espiritual e emocional e a função imunológica. Além disso, o bem-estar espiritual está relacionado a desfechos positivos de saúde, e fornece subsídios para a autogeração de empoderamento, enfrentamento, paz interior, esperança e uma sensação de maior bem-estar físico e emocional^{16,17}. A oração, em especial, tem sido associada a diminuição da ansiedade e capacidade de dar aos pacientes uma visão esperançosa em face a adversidade^{18,19}.

A experiência espiritual é composta, fundamentalmente, por circunstâncias, interpretações e

manifestações, independentemente de ser secular ou não²⁰. Cada uma delas envolve, na subjetividade do paciente, mecanismo biológicos, psicológicos e sociais que fornecem sentido e propósito, dentro do contexto cultural e da percepção de saúde e de doença da pessoa^{21,22}.

O profissional²³ deve reconhecer tais efeitos como uma variável clínica importante na saúde da pessoa, sem necessariamente ser um agente envolvido na experiência espiritual. Na realidade, o papel do profissional é apoio e suporte, tornando o recurso “experiência espiritual” reconhecido e valorizado, se for o caso do paciente. Essa postura²⁴ reforça a relação de parceria entre profissional e paciente e evita que o primeiro imponha suas crenças sobre o segundo, o que pode acontecer implícita ou explicitamente.

Numa perspectiva mais filosófica, compreende-se que a finalidade última da prática médica²⁵ – prestar uma correta e boa restauração àqueles feitos vulneráveis pela doença/sofrimento – requer uma visão mais complexa do paciente, para além do entendimento da patologia e seu tratamento. A partir da compreensão da importância da espiritualidade como componente de um complexo ser humano – biológico, psíquico, social e espiritual - o médico atua como agente terapêutico e moral, e essa postura de reconhecimento²⁶ das necessidades espirituais do paciente, compreensão do substrato psicológico da experiência espiritual e administração dos desejos do paciente sobre recursos espirituais dão ao clínico condições de fortalecer a relação profissional-paciente como campo fundamental para a restauração.

CONCLUSÃO

Para fornecer um cuidado integral ao paciente é preciso compreender suas experiências e objetivos de vida e dar suporte aos seus recursos de enfrentamento. A vivência perioperatória pode ser traumática, especialmente por colocar o paciente em frente ao desconhecido – mudanças corporais, debilidades, situação de doença, finitude. Nessa situação, é fundamental reconhecer a importância da espiritualidade da pessoa como mecanismo de enfrentamento, identificar experiências espirituais e agir para apoiá-las, quando trouxerem conforto e significado positivo à vida do doente.

Estudos adicionais devem aprofundar intervenções para melhor acessar e assistir a essas vivências espirituais, não só esclarecendo sua natureza não patológica, mas também reforçando a importância de considerá-las dentro do processo de saúde-doença-adoecimento e estratégias de enfrentamento da pessoa.

Agradecimentos: À Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Cariri pelo apoio à ação Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE Cariri), cujos membros desenvolveram este relato.

REFERÊNCIAS

1. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.
2. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56. doi: 10.1089/jpm.2014.9427.
3. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885-904. doi: 10.1089/jpm.2009.
4. Selder F. Life transition theory: the resolution of uncertainty. *Nurs Health Care.* 1989;10(8):437-40, 449-51.
5. Griffin AT, Yancey V. Spiritual dimensions of the perioperative experience. *AORN J.* 2009;89(5):875-81. doi: 10.1016/j.aorn.2009.01.024.
6. Davidson PM, Dracup K, Phillips J, Padilla G, Daly J. Maintaining hope in transition: a theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2007;22(1):58-64.
7. Kralik D, Visentin K, van Loon A. Transition: a literature review. *J Adv Nurs.* 2006;55(3):320-9. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x.
8. Morris DB, Wilson KG, Clinch JJ, et al. Identification of domains relevant to health-related quality of life in patients undergoing major surgery. *Qual Life Res.* 2006;15(5):841-54. doi: 10.1007/s11136-005-5506-8.
9. Wachholtz AB. Exploring the relationship between spirituality, coping and pain. *J Behav Med.* 2007;30:311-8. doi: 10.1007/s10865-007-9114-7.
10. Sorajjakool S, Thompson KM, Aveling L, Earl A. Chronic pain, meaning and spirituality: a qualitative study of the healing process in relation to the role of meaning and spirituality. *J Pastoral Care Counsel.* 2006;60(4):369-78. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/154230500606000406.
11. Moreira-Almeida A. Assessing clinical implications of spiritual experiences. *Asian J Psychiatry.* 2012;5(4):344-6. http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2012.09.018.
12. Hufford DJ. Sleep paralysis as spiritual experience. *Transcultural Psychiatry.* 2005;42(1):11-45. doi: https://doi.org/10.1177/1363461505050709.
13. Moreira-Almeida A, Almeida AAS, Lotufo Neto F. History of 'Spiritist madness' in Brazil. *History Psychiatry.* 2005;16(1):5-25. doi: 10.1177/0957154X05044602.
14. Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA.* 1997;278:792-3.
15. Halldorsdottir S. A psychoneuroimmunological view of the healing potential of professional caring in the face of human suffering. *Int J Hum Caring.* 2007;11(2):32-39. Available from: http://staff.unak.is/not/sigrundur/International%20Journal%20for%20Human%20Caring.pdf.
16. Hammermeister J, Peterson M. Does spirituality make a difference? Psychosocial and health-related characteristics of spiritual well-being. *Am J Health Educ.* 2001;32(5):293-297. http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2001.10603485.
17. Mahlangu SN, Uys LR. Spirituality in nursing: an analysis of the concept. *Curationis.* 2004;27(2):15-26. Available from: http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/966
18. Ai AL, Corley CS, Peterson C, Huang B, Tice TN. Private prayer and quality of life in cardiac patients: pathways of cognitive coping and social support. *Soc Work Health Care.* 2009;48(4):471-94. http://dx.doi.org/10.1080/00981380802589829
19. Hollywell C, Walker J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalized patients: a critical review of the literature. *J Clin Nurs.* 2008;18(2):637-51. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02510.x.
20. Giordano J, Engebretson J. Neural and cognitive basis of spiritual experience: biopsychosocial and ethical implications for clinical medicine. *Explore: J Sci Healing.* 2006;2(3):216-25. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2006.02.002
21. Engel GL. The clinical application of the bio-psychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137:535-44. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.137.5.535
22. Cardeña E, Winkelmann M, editors. *Altering consciousness. A multidisciplinary perspective.* v.I History, culture, and the humanities. Praeger Publishers; 2012. doi: 10.1111/j.1748-0922.2012.01593.x
23. Connelly R, Light, K. Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: identifying the dangers. *J Religion Health.* 2003;42:35-45. doi: 10.1023/A:1022212727599
24. Giordano J, Boswell MV. Pain, placebo, and nocebo: epistemic, ethical and practical issues. *Pain Phys.* 2005;8:331-3. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.505.6743&rep=rep1&type=pdf.
25. Pellegrino ED. The healing relationship: architectonics of clinical medicine. In: Shelp EE, editor. *The clinical encounter: the moral fabric of the patient-physician relationship*, Reidel, Boston; 1983. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-7148-6_11#page-1
26. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-73. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019.