



## A percepção da equipe sobre a dimensão espiritual nos cuidados paliativos: reflexões bioéticas

The Multidisciplinary Team's Perception of the Spiritual Dimension in Palliative Care: Bioethical Reflections



### **Autores**

**Ronny Kurashiki Oliveira**

kurashiki.r@hotmail.com

**Mary Rute Gomes Esperandio**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

mary.esperandio@pucpr.pr

 <https://orcid.org/0000-0001-8521-8794>



## **Resumo**

Cuidados paliativos (CP) dizem respeito a uma abordagem que visa promover a qualidade de vida e o cuidado digno, enfatizando a inclusão da espiritualidade. Porém, a integração desta dimensão nos CP tem sido um desafio às equipes multidisciplinares. O estudo objetivou investigar a percepção dos profissionais sobre a integração da espiritualidade, com base na bioética narrativa (BEN). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e analisadas as narrativas dos participantes. Os dados mostraram uma definição vaga da espiritualidade e a integração a partir de uma perspectiva “intuitiva” (respeito). Observou-se que a condução clínica compartilhada passa pelo contato da pessoa enferma com a espiritualidade. Conclui-se que: as equipes precisam refinar e alinhar suas concepções do conceito de espiritualidade; a presença de um profissional especialista em cuidado espiritual (capelão/capelã) na equipe traria uma contribuição significativa. Estudos mais amplos podem complementar essas perspectivas.

## **Abstract**

*Palliative care (PC) refers to an approach aimed at promoting quality of life and dignified care, emphasizing the inclusion of spirituality. However, integrating this dimension into PC has been a challenge for multidisciplinary teams. This study aimed to investigate professionals' perceptions regarding the integration of spirituality, based on narrative bioethics (NBE). Semi-structured interviews were conducted and participants' narratives were analyzed. The data revealed a vague definition of spirituality and its integration based on an "intuitive" perspective (respect); shared clinical conduct involves the patient's contact with spirituality. It is concluded that teams need to refine and align their conceptions of spirituality, and the presence of a specialist in spiritual care (chaplain) on the team would make a significant contribution. Broader research may complement these perspectives.*

## **Key words**

Espiritualidade; cuidados paliativos; bioética.  
*Spirituality; palliative care; bioethics.*

## **Fechas**

Recibido: 30/05/2024. Aceptado: 19/06/2025



## 1. Introdução

A vida humana é repleta de dimensões e perspectivas de diferentes complexidades que a compõem como movimento único e singular. Dentre as potencialidades e limitações observadas na existência humana, quando uma pessoa se encontra frente a uma doença grave, muitos impactos físicos, psicológicos, emocionais e espirituais podem ser experienciados por ela (Bifulco, 2014).

A espiritualidade é manifestada através de crenças, valores, tradições e práticas

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos são uma abordagem que visa a promover a qualidade de vida de pessoas enfermas e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. “Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual” (OMS, 2002), ou seja, a espiritualidade é um “componente fundamental” (Puchalski et al., 2014, p. 642), parte intrínseca às boas práticas de cuidados paliativos, conforme destaca a própria Organização Mundial da Saúde.

A noção de espiritualidade que embasa este estudo é a de consenso internacional, que a define como:

[...] um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade através do qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência, e experienciam o relacionamento consigo mesmas, com a família, com outros, com a comunidade, com a sociedade, com a natureza e com o significante ou sagrado. A espiritualidade é manifestada através de crenças, valores, tradições e práticas. (Puchalski et al., 2014, p. 646, tradução nossa)

Em consonância com os princípios dos cuidados paliativos, Moritz (2011) destaca que eles devem ser prestados a todas as pessoas acometidas por doenças graves, mesmo que junto dos cuidados que têm perspectiva curativa, sendo a complexidade das intervenções proporcional às necessidades e preferências apresentadas, em constante relação com a evolução própria de cada doença.

Segundo Pereira e Reys (2021), é importante que os profissionais envolvidos nesse cuidado proporcionem às pessoas enfermas suporte emocional, psicológico e espiritual, amenizando a dor, melhorando os sintomas e diminuindo o sofrimento, tanto delas quanto de seus familiares. Isso porque adoecer por uma doença grave ou mesmo ser diagnosticado com um quadro irreversível e incurável não se resume a uma vivência fisiológica, mas pode apresentar à pessoa um cenário peculiar no tocante à sua finitude.

Quando consideradas as pessoas adoecidas em sua fase final de vida, em cuidados paliativos exclusivos, percebemos necessidades próprias a esse momento do adoecimento (Pereira e Reys, 2021). Nessa fase, os princípios dos cuidados paliativos abordam diversas dimensões e dão direcionamentos a ser seguidos para que, em meio ao cuidado prestado, se alcance a boa morte (Savoi, 2013).



É inerente à boa prática dos cuidados paliativos que as intervenções sejam planejadas de modo a priorizar o respeito à dignidade da vida humana, bem como possibilitar que a morte ocorra em seu tempo certo e natural, dentro da evolução da doença, o que remete ao conceito de ortotanásia (Floriani, 2013; Guirro, 2021). Complementar à noção de ortotanásia —a morte no tempo certo, verificamos uma lacuna importante nos meandros desse percurso quanto ao como a pessoa viverá antes de morrer. Nesse contexto, Floriani (2013) remonta ao conceito de kalotanásia, que está intrinsecamente ligado à concepção de boa morte. Para o autor, a boa morte depende da dimensão ético-estética do existir humano, ou seja, para que ela ocorra, é preciso que, além de respeitar o tempo natural e correto da morte, até que ela chegue, seja possibilitado à pessoa enferma viver segundo seus valores, crenças e sentidos.

É inerente à boa prática dos cuidados paliativos que as intervenções sejam planejadas de modo a priorizar o respeito à dignidade da vida humana, bem como possibilitar que a morte ocorra em seu tempo certo e natural, dentro da evolução da doença, o que remete ao conceito de ortotanásia

Esse ponto de vista ganha ainda mais importância ao considerar que, de modo geral, as pessoas são formadas a partir da concepção de uma finitude generalizada e distante; no caso de pessoas em cuidados paliativos, essa perspectiva ganha traços de concretude. Se é uma certeza que todos morrerão um dia, a pessoa enferma por doença grave pode sentir-se morrendo no presente momento, o que pode abalar suas certezas e visões de mundo mais enraizadas (Bifulco, 2014; Rodrigues, 2013; Yalom, 1980).

Nessa direção, a definição de cuidados paliativos aborda o adequado controle dos “sintomas de natureza espiritual” (OMS, 2002). Isso quer dizer que os cuidados devem ir além do corpo físico, contemplando a bagagem histórica e biográfica das pessoas que estão os recebendo.

Uma nova leitura da biografia do doente, intimamente vinculada à expressão de suas emoções e à construção de novos vínculos sociais e afetivos, especialmente com a equipe paliativista, é uma etapa importante na elaboração da trajetória em direção à boa morte. (Menezes, 2004, p. 164)

Neste ponto, vale ressaltar a diferença entre espiritualidade e religiosidade: enquanto a primeira é sobre um sentido ampliado e sua conexão com uma dimensão transcendente, a segunda aborda uma visão de mundo específica, um conjunto de valores e crenças que oportunizam à pessoa exercitar sua espiritualidade. Assim, a religião ou religiosidade pode ser compreendida como um dos caminhos possíveis para chegar à transcendência (Esperandio e Rosa, 2020; Kovacs, 2021).

Para fomentar o contato com sua identidade, biografia e, conseqüentemente, sua espiritualidade, é importante que a equipe de saúde encontre estratégias que possibilitem integrar nos planos de cuidados e tomadas de decisões clínicas a espiritualidade das pessoas que estão sendo cuidadas (Menezes, 2004). Diante disso, este estudo teve como pergunta norteadora: qual é a percepção dos profissionais de saúde acerca da integração da espiritualidade na condução clínica em cuidados



paliativos? O objetivo foi investigar a percepção da equipe multidisciplinar em relação à integração da espiritualidade no cotidiano do serviço de CP, sobretudo, em relação aos aspectos da espiritualidade que influenciam os processos decisórios das equipes multidisciplinares que atuam em CP.

## 2. Metodologia e caracterização da amostra

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, sob Parecer n.º 5.130.792; somente após a aprovação, foram realizados contatos com os possíveis participantes da pesquisa.

Ainda, tendo em vista a natureza multidisciplinar das equipes de cuidados paliativos, a composição da totalidade de participantes foi a seguinte: medicina (2), enfermagem (1), nutrição (2), serviço social (2) e psicologia (2)

O estudo é de natureza qualitativa, do tipo exploratório, transversal e descritivo, com base na bioética narrativa (BEN). A opção pela metodologia da BEN é por compreender que ela se vale de recursos da análise narrativa, valorizando e promovendo a interpretação humanista dos sentidos atribuídos por aqueles que se fazem presentes na realidade investigada (Manchola et al., 2016).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas pelo próprio pesquisador, gravadas e transcritas para posterior análise. Os conteúdos foram analisados pelo pesquisador (psicólogo especialista em cuidados paliativos e com experiência de assistência na área) e debatido com outros dois especialistas. A sistematização das categorias narrativas foi feita ainda

por meio do programa ATLAS.ti (Software para a análise de dados qualitativos para visibilidade e transparência dos dados).

Participaram da pesquisa nove profissionais de saúde de nível superior, que atuam em três serviços de referência em CP nas cidades de Curitiba (PR), Joinville (SC) e São Paulo (SP). Optou-se por investigar as equipes dessas instituições por serem centros de referência em cuidados paliativos, entendendo-os como representativos regionalmente. O número da amostra foi definido por conveniência.

Ainda, tendo em vista a natureza multidisciplinar das equipes de cuidados paliativos, a composição da totalidade de participantes foi a seguinte: medicina (2), enfermagem (1), nutrição (2), serviço social (2) e psicologia (2).

A amostra foi composta por um participante do sexo masculino, e oito do sexo feminino. As idades dos participantes variam de trinta e um anos a cinquenta e seis anos. Dentre eles, sete dos nove participantes afirmaram seguir uma religião específica, sendo todas do segmento cristão.

Foram critérios de inclusão dos participantes: ter formação profissional de nível superior; estar vinculado à área dos cuidados paliativos; possuir vínculo empregatício com as instituições pesquisadas há pelo menos seis meses; prestar cuidados assistenciais diretos aos pacientes; concordar em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



### 3. Resultados

Para compreender a concepção dos profissionais da área da saúde acerca da integração da espiritualidade no tratamento em cuidados paliativos, as entrevistas transcritas foram analisadas e categorizadas. Na análise das narrativas coletadas, foram identificadas três grandes categorias temáticas: conceito de espiritualidade expressa pelos/as profissionais; o modo como integram essa dimensão na prática do cuidado, e atitudes e práticas que auxiliam na integração da espiritualidade no cuidado. Estas categorias não foram definidas *a priori*. Elas emergiram no processo de análise das narrativas. O quadro 1 apresenta a síntese dos resultados encontrados, organizados por categorias temáticas, definidas pela recorrência dos temas e sua relevância para a prática.

**Quadro 1. Categorização dos resultados obtidos**

Categoria temática	Núcleo de sentido
O conceito de espiritualidade na percepção dos/as profissionais	Espiritualidade como elemento de integração do ser e expressão de conexão com algo transcendente
	Espiritualidade como força motriz para enfrentamento “adaptativo”
	Espiritualidade como dimensão privada e visão particular de um indivíduo sobre o mundo
Integração da espiritualidade nas práticas de cuidado da equipe multidisciplinar	Espiritualidade e a condução clínica
	Momentos nos quais se provê cuidado espiritual
Atitudes e práticas que auxiliam na integração da espiritualidade no cuidado	Favorecimento de enfrentamentos ativos, reflexivos e individualizados
	Postura de aprendizagem diante do encontro com o outro
	Busca de formação continuada sobre o tema

Fonte: Dados levantados na pesquisa

A seguir, são apresentadas com mais detalhes cada categoria temática e seus respectivos núcleos de sentido associados.



### 3.1. Categoria temática: o conceito de espiritualidade na percepção dos profissionais

Nesta categoria temática, investiga-se como os profissionais de saúde em cuidados paliativos compreendem a espiritualidade em suas diferentes expressões e significados, seja em relação à pessoa enferma ou à própria vivência profissional.

Os núcleos de sentido foram identificados nos discursos dos profissionais, destacando os seguintes elementos:

#### 3.1.1. Espiritualidade como elemento de integração do ser e expressão de conexão com algo transcendente

Dos profissionais entrevistados, cinco dos nove indicaram demonstraram uma visão holística e integrativa a respeito da espiritualidade, como mostram os seguintes trechos:

Espiritualidade transcende a religiosidade e traz sentido à vida. (P4, Médica)

[...] eu acho que assim, a espiritualidade é como a pessoa se conecta de maneira a enxergar um sentido maior para a existência. (P6, Médico)

Sentido e conexão são palavras-chave no campo da espiritualidade. Os dois trechos citados demonstram a percepção dos profissionais de que a espiritualidade é ampla, perpassa a religião, mas não se limita a ela.

Sentido e conexão são palavras-chave no campo da espiritualidade. Os dois trechos citados demonstram a percepção dos profissionais de que a espiritualidade é ampla, perpassa a religião, mas não se limita a ela

Para os participantes, o movimento de conexão em busca de sentido aparece nos relatos não apenas como um processo vivido pela pessoa enferma ao reconhecer seus valores e crenças, mas também como uma experiência compartilhada pela própria equipe, que encontra significados e vínculos no exercício do cuidado.

Já a função do sentido de vida para o contexto cotidiano das pessoas foi trazida pelos profissionais como algo atrelado à motivação, que coloca em movimento a energia vital. Daí o segundo núcleo de sentido desta categoria.

#### 3.1.2. Espiritualidade como força motriz para enfrentamento "adaptativo"

A percepção da espiritualidade como recurso de enfrentamento de situações de sofrimento apareceu em oito das nove entrevistas, mostrando que, na perspectiva dos profissionais participantes, de modo geral as pessoas agem, escolhem e se posicionam na vida a partir desses sentidos e crenças estabelecidos, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Espiritualidade é acreditar em uma força e/ou energia, que nos impulsiona a viver e ter esperança em novas perspectivas e mudanças. (P1, Nutricionista)



[...] valorizo a força da espiritualidade como suporte para enfrentamento das angústias, medos e inseguranças. (P5, Assistente social)

Alguns profissionais destacaram a relação entre espiritualidade e a capacidade de enfrentamento adaptativo (esperança).

Sentir-se motivado e esperançoso pela espiritualidade aparece nas entrevistas como uma base de apoio. Os sentidos atribuídos à existência oferecem segurança, levando a caminhos individuais diante das situações da vida.

A “força” de enfrentamento é vista como pessoal e singular, refletida em esperança, e é percebida no terceiro núcleo de sentido desta categoria.

### 3.1.3. Espiritualidade como dimensão privada e visão particular de um indivíduo sobre o mundo

Identificou-se um aspecto relacionado à visão pessoal que se tem sobre o mundo em quatro das nove entrevistas e que pode ser representada pelos trechos a seguir:

[...] então é com a minha conexão com as coisas que eu considero sagrado na minha vida, com a minha conexão com a natureza. (P8, Psicóloga)

[...] ela (a espiritualidade) é muito individual e subjetiva e que para cada paciente a espiritualidade vai ser uma mesmo que a gente esteja falando de pacientes que se reconhecem como sendo da mesma religião. (P9, Psicóloga)

A espiritualidade é vista como uma dimensão privada e particular. A pessoa constroi percursos e sentidos únicos para a sua existência, exatamente pelo fato de que as biografias não se repetem

A espiritualidade é vista como uma dimensão privada e particular. A pessoa constroi percursos e sentidos únicos para a sua existência, exatamente pelo fato de que as biografias não se repetem.

Esse núcleo de sentido considera a espiritualidade como um espaço compartilhado socialmente, mas que faz sentido individual e internamente para as pessoas.

Identificaram-se ainda as perspectivas dos profissionais sobre como a espiritualidade é integrada no cotidiano em saúde, a segunda categoria temática.

## 3.2. Integração da espiritualidade nas práticas de cuidado da equipe multidisciplinar

Os profissionais parecem compreender que as demandas do campo da espiritualidade são diversas. Isto permitiu identificar um primeiro núcleo de sentido que se relaciona à percepção da equipe da espiritualidade na condução clínica dos casos.



### 3.2.1. Espiritualidade e a condução clínica

Os profissionais identificaram a integração da espiritualidade na condução clínica a partir de uma noção vaga do conceito de espiritualidade, conseqüentemente relatando condutas mais intuitivas do que orientadas. Na entrevista, foi solicitado que relatassem casos onde a espiritualidade influenciou o processo decisório do tratamento.

Os profissionais identificaram a integração da espiritualidade na condução clínica a partir de uma noção vaga do conceito de espiritualidade, conseqüentemente relatando condutas mais intuitivas do que orientadas

Três dos nove participantes mencionaram que as decisões foram afetadas pelos valores e crenças da pessoa enferma. Outros dois relataram agendamentos ou liberações de visitas de representantes religiosos. A participante P5 destacou a resiliência de uma paciente, mas sem ligação direta com as condutas. Três não recordam casos em que a espiritualidade influenciou a condução clínica.

A participante P8, psicóloga, viu a integração da espiritualidade como parte das rotinas da equipe. Em três entrevistas foi enfatizado que toda a equipe deve ser responsável por acolher demandas espirituais.

A questão de quando prover o cuidado espiritual permanece central. Este é o núcleo de sentido que se segue.

### 3.2.2. Momentos nos quais se provê cuidado espiritual

Duas percepções distintas emergem aqui. Alguns profissionais demonstraram compreender que momentos de visita religiosa-confessional são sinônimo de prover cuidado espiritual. Isso se clarifica quando exemplificam a integração da espiritualidade nos cuidados citando visitas de líderes religiosos (da comunidade), momentos de oração, entre outros, como se observa no trecho a seguir:

[...] ocorre a promoção da realização de alguma prática da religião do paciente no ambiente hospitalar, no quarto ou local que seja próprio para esses ritos. Essas situações auxiliam e proporcionam tranquilidade aos membros da equipe e até mesmo aos familiares. (P8, Psicóloga)

Por outro lado, surge outra perspectiva, que não compreende o cuidado espiritual, somente como cuidado religioso, mas que ele se dá em meio às intervenções e decisões de cada profissão. Seria como algo inerente às demais atividades da equipe, atravessando a todo momento o cuidado.

Esse atravessamento transversal à atuação em cuidados paliativos denota uma leitura por parte dos profissionais de que a espiritualidade está ligada a todas as atuações e ao próprio profissional. No entanto, não fica claro nos relatos apresentados, de quem seria a responsabilidade de prover de fato esse cuidado dito espiritual.



Ao abordar sua própria espiritualidade e como ela interage com o cuidado que presta às pessoas enfermas, três profissionais afirmaram explicitamente que não pode haver nenhuma relação. Partem de uma perspectiva de neutralidade para afirmar que sua espiritualidade não pode influenciar ou interagir com a sua atuação em cuidados paliativos, o que leva à terceira categoria temática:

### 3.3. Categoria temática: Atitudes e práticas que auxiliam a integração da espiritualidade no cuidado

Nesta terceira categoria temática, estão agrupados conteúdos sobre atitudes e práticas para ajudar a pessoa enferma e seus familiares a entrarem em contato com sua espiritualidade.

Os profissionais acreditam ser necessário favorecer a autonomia da pessoa enferma, através do plano de cuidado, para que ela possa refletir sobre seus valores e crenças, expressando-os à equipe. Este ponto foi abordado no primeiro núcleo de sentido desta categoria (a seguir).

#### 3.3.1. Favorecimento de enfrentamentos ativos, reflexivos e individualizados

Segundo quatro dos nove participantes, os planos de cuidados devem trazer a pessoa cuidada como protagonista, que não está numa postura de resignação e, mesmo frente a um quadro clínico desfavorável, pode escolher, decidir e opinar. Para tanto, é preciso que as intervenções favoreçam o campo da comunicação, principal fonte dos elementos que subsidiarão as decisões, como apontado no excerto a seguir:

Segundo quatro dos nove participantes, os planos de cuidados devem trazer a pessoa cuidada como protagonista, que não está numa postura de resignação e, mesmo frente a um quadro clínico desfavorável, pode escolher, decidir e opinar

[...] dentro do serviço que me encontro nesse momento, a gente procura partir sempre para uma comunicação o mais aberta possível com esse paciente, para que ele possa nos dizer sobre todas as dimensões e sobre o que é importante para ele naquele momento. (P9, Psicóloga)

A comunicação foi destacada nos discursos, especialmente na percepção dos profissionais que não conhecem previamente sobre a espiritualidade daqueles que cuidam, exigindo abertura para receber essas informações.

A equipe deve construir um plano de cuidados que permita uma posição ativa e reflexiva por parte da pessoa enferma. Isso guiará os profissionais a integrarem os valores, preferências, crenças e sentidos trazidos pela pessoa que recebe os cuidados, na condução clínica do tratamento.

As entrevistas destacaram a necessidade de reconhecer que o saber técnico prévio não é suficiente para compreender totalmente a biografia que se apresenta no momento do cuidado. Essa postura é crucial para que os profissionais aprendam a cuidar do outro com base no que o outro compartilha, como abordado no próximo núcleo de sentido.



### 3.3.2. Postura de aprendizagem diante do encontro com o outro

Segundo os relatos dos profissionais, é preciso estar disponível para aprender com as pessoas que estão recebendo os cuidados sobre seus valores e crenças, pois, mesmo que elas afirmem seguir algum tipo de religião (ou não), isso não reflete a totalidade de sua espiritualidade. Essa perspectiva pode ser observada no trecho a seguir:

[...] então a minha espiritualidade eu penso que ela passa pela via do respeito e do aprendizado que cada situação específica ela traz para mim, então [o fazer cuidado paliativo] é um aprendizado com as singularidades com os quais eu entro em contato. (P8, Psicóloga)

Segundo os relatos dos profissionais, é preciso estar disponível para aprender com as pessoas que estão recebendo os cuidados sobre seus valores e crenças, pois, mesmo que elas afirmem seguir algum tipo de religião (ou não), isso não reflete a totalidade de sua espiritualidade

A postura de aprendizado frente à singularidade do outro aparece como uma aposta na lacuna que surge quando as equipes compreendem a impossibilidade de onipotência. Na postura de receptividade, colocando os saberes técnicos em suspensão (momentaneamente), aparece a receptividade à expressão da experiência e vivência do outro.

A participante P2 ainda demonstrou que, estar aberta para aprender a cuidar do outro com base no que ele demonstra como preferência, pode inclusive impactar na própria equipe, e até mesmo a família, como observa-se no trecho a seguir:

Essas situações [paciente expressar suas preferências e valores] auxiliam na hora de conduzir os casos, tomar as decisões e proporcionam tranquilidade aos membros da equipe e até mesmo aos familiares. (P2, Enfermeira)

O contato direto dos profissionais com essas demandas não surge nos relatos como um fator ansiogênico diretamente. Porém, a identificação, o acolhimento e os possíveis manejos foram relatados por alguns dos participantes como um desafio para o qual não foram formados para enfrentar, o que levou ao terceiro núcleo de sentido.

### 3.3.3. A necessidade de formação continuada sobre o tema

A formação em cuidados paliativos surge nas entrevistas como um percurso que se deu posterior à graduação. Foi durante o percurso dessas formações complementares que as questões relacionadas à dimensão espiritual surgiram, como citado no trecho a seguir.

Acho que essa falta de organização (dificuldade em lidar com as demandas espirituais) ocorre, pois, esse tema não faz parte da maioria dos cursos de saúde. (P2, Enfermeira)



Devido à deficiente formação em relação às grades curriculares básicas, foi necessário fazer cursos de capacitação e especialização para lidar com essas demandas. Algumas formações de base foram mencionadas, mas consideradas insuficientes.

Nas narrativas não houve consenso conceitual ou direcionamentos institucionais claros sobre a integração da espiritualidade na condução dos casos

Nos nove participantes, foi identificada a falta de habilidades específicas para manejar a espiritualidade nos cuidados paliativos, porém enfatizando a postura de respeito e empatia como chave para esses manejos.

Nas narrativas não houve consenso conceitual ou direcionamentos institucionais claros sobre a integração da espiritualidade na condução dos casos. Uma das enfermeiras entrevistadas ainda reafirma a desorganização nesse tipo de cuidado.

Em relação aos resultados, discute-se a seguir sobre os impactos dessas concepções para a condução clínica em cuidados paliativos.

## 4. Discussão

A espiritualidade é um tema que suscita debates, seja por não ter uma definição única, seja porque há vertentes que colocam em dúvida a sua existência propriamente dita (Swinton e Pattinson, 2010). Claro que a multiplicidade de entendimentos sobre a espiritualidade traz tanto desafios quanto oportunidades para a sua integração nos cuidados em saúde.

Manchola et al. (2016) destacam a relação entre a tomada de decisão clínica em cuidados paliativos e a promoção de um cuidado ético, que envolve compreender as crenças das pessoas cuidadas. Os dados obtidos mostraram que as pessoas respondem às questões de saúde/doença influenciadas por sua moralidade, relacionada diretamente com a espiritualidade e a relação com os sentidos.

Assim, ao referirem a espiritualidade como ato de reconexão, evidencia-se que para os participantes a espiritualidade não é instância exclusiva das pessoas que adoecem. Assim, uma possível postura de neutralidade se mostra dificultada.

A própria bioética narrativa compreende que diante da pluralidade de perspectivas, a busca pela verdade não é estanque, mas construída de forma constante (Moratalla, 2017). É exatamente porque o raciocínio moral envolvido nas tomadas de decisões perpassa a construção subjetiva e narrativa de seus protagonistas, que se pode afirmar a presença da espiritualidade dos profissionais na cena do cuidado.

Neste ponto, o que se mostra viável é uma escuta em suspensão, no sentido de que as equipes não impõem valores e crenças às pessoas que estão cuidando. Porém, apesar disso, a espiritualidade dos profissionais não lhes será negada, ou mesmo limitada, continuarão existindo, só não como verdade absoluta. Aliás, pode-se constatar que a presença de diferentes construções narrativas não deve levar necessariamente a uma



competição pelo status de verdade absoluta, mas podem complementar-se em prol do sentido e utilidade (Moratalla, 2017).

Segundo Hefti e Esperandio (2016) os serviços de capelania em saúde deveriam ser responsáveis por prover o cuidado espiritual mais específico, mas para isso precisam fazer parte das equipes interdisciplinares

Assim, em meio à rotina de cuidado, torna-se essencial reconhecer o valor das narrativas que emergem no contexto dos cuidados paliativos, sejam elas das equipes ou das pessoas enfermas. Revisitar essas trajetórias de vida e refletir sobre a situação atual, com espaço para autonomia e protagonismo, é parte do compromisso com um cuidado que valoriza a dignidade em todas as suas dimensões (Menezes, 2004).

Nessa linha, é crucial diferenciar espiritualidade de cuidado espiritual. Esperandio e Leget (2020) evidenciam que por mais que sejam conceitos ligados por essência, não são sinônimos. Enquanto o termo “espiritualidade” está referido à dimensão espiritual como espaço imaterial onde o ser humano busca sentido e conexão (consigo, com outros, com o cosmos), cuidado espiritual diz respeito às práticas concretas de cuidado voltadas ao atendimento das necessidades espirituais (ou mesmo religiosas) detectadas.

Cuidado espiritual não é sinônimo de “cuidado religioso”. Podemos defini-lo como tipo de assistência fundamentado na identificação e atenção a demandas ligadas à espiritualidade. [...] Cuidado espiritual implica olhar acurado, escuta atenta e compassiva, que acolhe a pessoa que sofre, buscando minimizar seu sofrimento, seja ele físico, emocional, psicossocial ou espiritual. (Esperandio e Leget, 2020)

A definição indica o cuidado espiritual como uma posição ativa, que vai em busca de minimizar os sofrimentos advindos dos conflitos existenciais. Já na análise das entrevistas, um viés diferente: as equipes entrevistadas expressaram, enfaticamente, o respeito pelas crenças e valores da pessoa enferma, tomando-o como o próprio cuidado com a espiritualidade. Ou seja, os participantes se referem ao respeito à espiritualidade em si e não ao cuidado espiritual como prática.

Segundo Hefti e Esperandio (2016) os serviços de capelania em saúde deveriam ser responsáveis por prover o cuidado espiritual mais específico, mas para isso precisam fazer parte das equipes interdisciplinares. Quando o vínculo desses profissionais se dá voluntariamente, suas atuações acabam não sendo incluídas nas rotinas. Em países do continente europeu, ou mesmo nos Estados Unidos, a função da capelania em prover o cuidado espiritual é bem delimitada e estruturada. No Brasil há ainda que se amadurecer a visão acerca dessa área, de modo a incorporá-la às equipes de forma concreta.

Quando consideradas as bases formativas, percebe-se que os cursos de formação não preparam os profissionais para atuar frente às demandas da espiritualidade. Pineli et al. (2016) evidencia a deficitária realidade da formação em cuidados paliativos no Brasil e a quase inexistente formação relacionada à área da espiritualidade. Assim, surge a indagação sobre a verdadeira responsabilidade e papel desses profissionais diante das necessidades da espiritualidade.



Hefti e Esperandio (2016) afirmam que “um dos principais desafios do cuidado espiritual é prover formação efetiva e uma equipe devidamente preparada”. Isso porque todos os membros da equipe interdisciplinar deveriam desenvolver competências básicas acerca do cuidado espiritual. Os autores preveem ainda a necessidade de envolver-se com a espiritualidade das pessoas cuidadas, reconhecer a pluralidade de crenças e fé, bem como colaborar com o cuidador espiritual.

A questão que se coloca é que assumir a potência que o cuidado espiritual tem para compor o cuidado em saúde passa por uma mudança de paradigma e entendimento que se debruça e valoriza as construções narrativas

A respeito, Esperandio e Leget (2020) alertam que, se por um lado há deficiência na formação de base, por outro, isso já não se sustenta em relação ao volume de estudos que vêm sendo produzidos na área e que instrumentalizam os profissionais. Swinton e Pattinson (2010) mostram também que o termo e o discurso concernentes à espiritualidade podem ser um “conceito sensibilizador” (p. 234), colocando em lugar de destaque “áreas específicas da experiência humana que são vitais para o cuidado genuinamente centrado no paciente” (p. 234).

Dessa forma considera-se como oportunidade de efetivar o cuidado espiritual que as instituições e os profissionais invistam em formações ligadas à área. Mas, até pela especificidade da atuação no cuidado espiritual (núcleo), é concreta a necessidade

de profissionais especializados para compor as equipes de cuidados paliativos.

É evidente que os resultados da presente pesquisa mostram uma relação mais próxima entre os valores apresentados pela pessoa enferma e as condutas clínicas tomadas. Entretanto, vale ressaltar que nos relatos, a dinâmica se apresenta de forma que quem faz a leitura da situação é o profissional, para então tomar as medidas. Um movimento direto e ativo das pessoas cuidadas tomando decisões não é claro. Como observado por Manchola (2017), “é desejável e necessário ouvir e dar voz a quem se encontra em unidade de cuidados paliativos, por meio de uma bioética focada em contar histórias”.

A questão que se coloca é que assumir a potência que o cuidado espiritual tem para compor o cuidado em saúde passa por uma mudança de paradigma e entendimento que se debruça e valoriza as construções narrativas. Como traz Paula Leite Dutra (2020) em sua dissertação, as equipes de cuidados paliativos podem muitas vezes apresentar uma visão da espiritualidade como algo paralelo (distanciado) da área científica, o que, por sua vez, as afasta do tema e dificulta sua compreensão. Talvez essa percepção reforce, inclusive, a falta de profissionais capacitados e especializados para realizar o cuidado espiritual. Neste trabalho, por exemplo, todas as pessoas que atuavam nas equipes o faziam em caráter voluntário; não foram identificados integrantes contratados com outro tipo de vínculo.

Assim, é preciso superar uma modalidade de cuidado biomédica e favorecer um campo de atuação em que a doença não é a protagonista do processo de adoecimento, mas, sim, a pessoa, sua história e narrativa. Savoi (2013) aponta que essa postura surge como uma das atitudes que favorecem a integração da espiritualidade nas práticas de cuidado, mas que, propõe-se nessa discussão, isso dependeria de uma resignificação do lugar do cuidado e do cuidador espiritual dentro das equipes.



Diante dos pontos elencados até aqui, percebemos que a integração da espiritualidade na condução clínica em cuidados paliativos se mostra como uma estrutura que se retroalimenta, ou seja, enquanto a equipe pratica o plano de cuidados para que o paciente alcance um modo de experiência do adoecimento que seja repleto de sentido, é preciso que seja oportunizada ao paciente a possibilidade de contato com essa espiritualidade para que forneça as informações necessárias para subsidiar a equipe na construção do processo (compartilhado) das decisões clínicas.

Floriani (2013) afirma que a kalotanásia é um tipo de prática de cuidado que se pauta na relação dialética entre os atores envolvidos na “cena” do cuidado. Aqui, compreende-se que um cuidado digno, e a boa morte, não depende de uma estética superficial, topográfica e paternalista, com uma forma rígida de cuidado, mas se inter-relaciona com a ética-estética do bem viver e bem morrer.

Concomitantemente parece que a existência humana demanda uma prática de cuidado que extrapole a referência cronológica do tempo em si, mas que se comprometa com a qualidade do tempo que a pessoa viverá até que sua morte se apresente: o tempo com sentido

O autor demonstra que a ortotanásia (morte no tempo certo) é um dos objetivos das equipes que cuidam de pessoas no fim da vida. Concomitantemente parece que a existência humana demanda uma prática de cuidado que extrapole a referência cronológica do tempo em si, mas que se comprometa com a qualidade do tempo que a pessoa viverá até que sua morte se apresente: o tempo com sentido.

Se a relação com o tempo é central, é necessário considerar a existência do tempo *chronos* e do tempo *kairós*. Pedroni (20014) afirma que “enquanto Chronos é a personificação do tempo calculado, aquele subordinado ao relógio e do qual não conseguimos fugir facilmente, Kairós é a qualidade do tempo vivido”.

Em consonância com as perspectivas da kalotanásia trazidas por Floriani (2013), constata-se que, para promover dignidade, as decisões e condutas a serem tomadas pela equipe devem extrapolar a compreensão cronológica de sua existência. Devem pautar-se nos sentidos e valores da pessoa enferma, nas narrativas de como ela os vivencia no tempo qualitativo, dito *kairós*. A ética-estética do cuidado paliativo, e da boa morte, baseia-se no tempo com sentido, nas decisões clínicas e planos de cuidados alinhados às narrativas, sentido de vida e espiritualidade que se apresenta para ser cuidada.

É afirmando a importância das construções biográficas e narrativas da espiritualidade, e reforçando a importância de profissionais devidamente capacitados para o cuidado espiritual, que se oportuniza que o plano de cuidados faça sentido à existência da pessoa enferma. Somente assim poderão ser efetivamente aprofundadas as possibilidades em relação à espiritualidade na interface com os cuidados paliativos.



## 5. Conclusão

Os resultados levantados neste estudo indicam que os profissionais têm uma percepção ampla e vaga da espiritualidade, o que pode gerar uma integração subjetiva e superficial no plano de cuidados. De maneiras distintas, os profissionais compreendem que as práticas de integração ocorrem cotidianamente nos serviços pesquisados de forma intuitiva, tendo como base o respeito a valores e crenças. No entanto, ressaltamos que a postura do respeito enfatizada pode ser benéfica no sentido do reconhecimento da existência da dimensão espiritual da pessoa enferma, mas ao mesmo tempo podendo representar um distanciamento da equipe em relação ao manejo de demandas espirituais.

Concluimos que, integrar a espiritualidade na prática dos cuidados paliativos, depende de uma ressignificação do lugar do cuidado e do cuidador espiritual. Partindo da postura de respeito, se faz necessária uma atitude ativa quanto à demanda espiritual do paciente. Destaca-se que perante as especificidades da atuação no cuidado espiritual,

Destaca-se que perante as especificidades da atuação no cuidado espiritual, para consensuar as decisões clínicas compartilhadas a partir dos valores e crenças da pessoa cuidada, é essencial a presença de profissional especializado e capacitado na área

para consensuar as decisões clínicas compartilhadas a partir dos valores e crenças da pessoa cuidada, é essencial a presença de profissional especializado e capacitado na área.

Dessa forma, diante dessa revisão da composição das equipes é que não se responsabilizará exclusivamente profissionais que, pela essência de suas atuações e formações, não são capazes de desenvolver esse cuidado específico. Se o cuidado espiritual nos serviços de cuidados paliativos não pode ser protocolar, no sentido de enrijecer-se, ele pode ser organizado e incorporado substancialmente às rotinas do serviço.

Ainda, diante de decisões difíceis, que não têm uma resposta certa ou única, o exercício bioético do cuidado pode favorecer o florescer da espiritualidade da pessoa que está recebendo o cuidado e seus familiares. O que a presente pesquisa demonstrou é que há níveis nessa discussão que serão negligenciados sem as formações, habilidades e capacidades específicas. Isso significa que as equipes devem refinar a compreensão acerca do conceito de espiritualidade, partindo minimamente de um consenso referencial teórico, que não esgotará a discussão acadêmica sobre o tema, mas poderá direcioná-las de forma mais coesa à dimensão espiritual.

Assim, construir de forma compartilhada e mutualista as decisões clínicas, é um movimento que pode prevenir que a integração da espiritualidade se dê de forma superficial, subjetiva e enviesada, negligenciando a autonomia e o protagonismo que devem ser possibilitados à pessoa que adoece. Somente dessa forma, superar-se-á a visão generalista e superficial da espiritualidade, chegando a um modelo de cuidado que de fato esteja alinhado com os sentidos da existência e transcendência da pessoa cuidada, integrando-as às práticas de cuidados paliativos.



## Referências

- Bifulco, V. A. (2014). *Câncer: uma abordagem multiprofissional*. Manole.
- Dutra, P. L. (2020). *Percepção dos profissionais de saúde sobre terminalidade e indicação de cuidados paliativos em um hospital de Porto Alegre* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Esperandio, M. R. G., & Leget, C. (2020). Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão e saúde pública? *Revista Bioética*, 28(3), 543-553. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283419>
- Esperandio, M. R. G., & Rosa, T. S. (2020). Avaliação da espiritualidade/religiosidade de pacientes em cuidados paliativos. *Protestantismo em Revista*, 469(1), 168-182. <https://revistas.est.edu.br/index.php/PR/article/view/128>
- Floriani, C. A. (2013). Moderno Movimento Hospice: *kalotanásia* e o revivalismo estético da morte. *Revista Bioética*, 21(3), 397-404. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300003>
- Guirro, U. (2021). Bioética e terminalidade. Em R. K. Castilho (org.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Atheneu.
- Hefti, R., & Esperandio, M. R. G. (2016). O modelo interdisciplinar de Cuidado Espiritual – Uma abordagem holística de Cuidado ao Paciente. *Revista Horizonte*, 14(41), 13-47. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p13>
- Kovacs, M. J. (2021). Sofrimento Existencial. Em R. K. Castilho (org.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Atheneu.
- Manchola, C. (2017). *Bioética, Imaginación y Acción: Hacia una bioética Narrativa, Práctica y Comprometida* (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/31405>
- Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, 24(1), 165-175. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241118>
- Menezes, R. A. (2004). *Em busca da boa morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos*. Garamound e FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9786557081129>
- Moratalla, T. D. (2017, 30 de junho). Paul Ricouer y Bioética Narrativa: por Tomás Domingo Moratalla [YouTube]. *Humanidades da TV*. <https://www.youtube.com/watch?v=WjYtEEYJkA>
- Moritz, R. D., Deicas, A., Capalbo, M., Forte, D. N., Kretzer, L. P., & Lago, P. (2011). II Fórum do “Grupo de Estudos do fim da vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(1), 24-29. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000100005>
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Cancer pain relief and palliative care in children*. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/42001>
- Pedroni, F. (2014). Chronos e Kairós: determinações poéticas para o tempo vivido. *Revista do Colóquio de Arte e Pesquisa da PPGA-UFES*, 3(6). <https://periodicos.ufes.br/index.php/colartes/article/view/7724>
- Pereira, E. A. L., & Reys, K. Z. (2021). Conceitos e Princípios. Em R. K. Castilho (org.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Atheneu.



- Pineli, P. P., Krasilcic, S., Suzuki, F. A., & Maciel, M. G. S. (2016). Cuidados Paliativos e Diretrizes Curriculares: inclusão necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 540-546. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-56. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Rodrigues, G. V. (2013). Um olhar em direção à morte. Em M. D. Moura (org.), *Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise e Medicina*. Artesã.
- Savoi, C. G. P. (2013). Princípios fundamentais dos cuidados paliativos. Em M. D. Moura (org.), *Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise e Medicina*. Artesã.
- Swinton, S., & Pattinson, S. (2010). Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing Philosophy*, 11(1), 226-237. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00450.x>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.