

Espiritualidade/religiosidade e assistência espiritual em serviços de cuidados paliativos: dificuldades e potencialidades de integração

Sileide France Turan Salvador*
Mary Rute Gomes Esperandio**

Resumo

A assistência às necessidades espirituais é parte essencial dos Cuidados Paliativos (CP). Contudo, estudos mostram que esta dimensão não tem sido integrada no cuidado de pessoas que enfrentam uma doença grave e progressiva. O objetivo do estudo foi identificar a partir das vivências de membros da equipe multiprofissional de CP, as dificuldades e potencialidades da integração da espiritualidade em sua prática profissional. Utilizou-se a Análise de Conteúdo como método, e os dados foram levantados por meio de entrevista semiestruturada. Seis profissionais de Saúde atuantes em equipes de CP participaram do estudo. Foram apontadas dificuldades em identificar necessidades espirituais e a relação dicotômica entre equipe multiprofissional e voluntárias/os. Destacaram-se como potencialidades: o reconhecimento do lugar da espiritualidade/religiosidade; a necessidade de especialista e da escuta qualificada; a perspectiva da pessoa enferma acerca da morte e do morrer. Há contribuições que o atendimento espiritual qualificado pode oferecer na integração da espiritualidade nos CP.

Palavras-chave: Cuidado Espiritual; Cuidados Paliativos; Capelães; Cuidador Espiritual; Equipe Multidisciplinar.

* Licenciada em Letras. Doutora em Teologia (PUCPR, 2021). Possui Mestrado em Tecnologia pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR, 2010), Pós-Graduação em Especialização em Formação de Professores em EAD pela Universidade Federal do Paraná-UFPR (2001). Professora do Instituto Federal do Paraná (IFPR), Curitiba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0539-9132> . Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6279571382677758>. sileide.salvador@ifpr.edu.br .

** Psicóloga (CRP 08/13082). Doutora em Teologia (EST, 2006), Pós-doutora em Psicologia da Religião (Indiana University South Bend/IN -USA). Professora no Programa de Pós-Graduação em Teologia e no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8521-8794> . Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6314025964600648> mary.esperandio@pucpr.br

Spirituality/Religiosity and Spiritual Assistance in Palliative Care Services: Difficulties and Potentialities of Integration

Abstract

Assistance for spiritual needs is an essential part of Palliative Care (PC). However, studies show that this dimension has not been integrated into the care of people facing a serious and progressive disease. The objective of the study was to identify, from the experiences of members of the multidisciplinary PC team, the difficulties and potentialities of integrating spirituality in their professional practice. Content Analysis was used as a method, and data were collected through semi-structured interviews. Six health professionals working in PC teams participated in the study. Difficulties in identifying spiritual needs and the dichotomous relationship between the multidisciplinary team and volunteers were pointed out. Stood out as potentialities: the recognition of the place of spirituality/religiosity; the need for specialists and qualified listening; the sick person's perspective on death and dying. There are contributions that qualified spiritual care can offer in the integration of spirituality in PC.

Keywords: Spiritual Care; Palliative Care; Chaplain. Spiritual Caregiver; Multidisciplinary Team.

Espiritualidad / Religiosidad y Asistencia Espiritual en los Servicios de Cuidado Paliativo: Dificultades y Potencialidades de Integración

Resumen

La asistencia a las necesidades espirituales es una parte esencial de los Cuidados Paliativos (CP). Sin embargo, los estudios muestran que esta dimensión no se ha integrado en la atención de las personas que enfrentan una enfermedad grave y progresiva. El objetivo del estudio fue identificar, a partir de las experiencias de los miembros del equipo multidisciplinario de CP, las dificultades y potencialidades de integrar la espiritualidad en su práctica profesional. Se utilizó el Análisis de Contenido como método y los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas. En el estudio participaron seis profesionales de la salud que trabajaban en equipos de CP. Se señalaron las dificultades para identificar las necesidades espirituales y la relación dicotómica entre el equipo multidisciplinario y los voluntarios. Se destacaron como potencialidades: el reconocimiento del lugar de la espiritualidad/religiosidad; la necesidad de especialistas y escucha calificada; la perspectiva de la persona enferma sobre la muerte y el morir. Hay aportes que el cuidado espiritual calificado puede ofrecer en la integración de la espiritualidad en los CP.

Palabras-clave: Cuidado espiritual; Cuidados Paliativos; Capellanes; Cuidador Espiritual; Equipo multidisciplinario.

Introdução

Cuidados Paliativos (CP) são um conjunto de ações específicas oferecidas à pessoa enferma, portadora de doença incurável, a seus familiares e à equipe multiprofissional com o intuito de promover a qualidade de vida (WHO, 2018). O cuidado espiritual que se caracteriza como o atendimento às necessidades espirituais é considerado um componente intrínseco às boas práticas de CP. A integração da espiritualidade nos CP é feita por meio do reconhecimento e atendimento às necessidades existenciais e espirituais de pacientes e suas famílias. Daí que compreender as potencialidades e dificuldades desta integração torna-se fundamental para o desenvolvimento de estratégias rumo à prática de um cuidado integral.

Os estudos mostram que no cenário dos CP e de fim de vida é comum as pessoas se voltarem para a dimensão espiritual na busca de sentido para a experiência de sofrimento (ESPERANDIO; ROSA, 2020; FORNAZARI; FERREIRA, 2010; KRISTELLER *et al.*, 2005; LEVENSTEIN *et al.*, 1986; BROWN *et al.*, 1986). Contudo, embora isto seja reconhecido por profissionais atuantes em CP, o atendimento a tais necessidades é um desafio, a começar pelo próprio entendimento do que seja espiritualidade. Nesse estudo assume-se a compreensão da espiritualidade tal como definida na Conferência Internacional de Consenso, como:

[...] um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade através do qual as pessoas buscam sentido último, propósito, e transcendência, e experienciam a relação consigo mesmas, com a família, com outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e o signifiante ou sagrado. A espiritualidade é manifesta através de crenças, valores, tradições e práticas” (PUCHALSKI *et al.*, 2014, p. 646).

Embora espiritualidade seja uma noção relacionada à religiosidade e da religião, estes termos não são sinônimos. A religião é um sistema organizado de crenças, vinculados às instituições religiosas denominacionais (CAMBOIM; RIQUE, 2010, p. 252). Já a religiosidade é compreendida como a “elaboração pessoal das respostas de sentido aceitas/assumidas a partir da experiência com uma ou mais formas de expressão religiosa” (ESPERANDIO, 2020, p. 162).

O objetivo deste estudo foi identificar a partir das vivências de membros da equipe multiprofissional de CP, as dificuldades e potencialidades da integração da espiritualidade em sua prática profissional.

Método

O estudo é de abordagem qualitativa com base no Método de Análise de Conteúdo, tal como proposto por Bardin (2002). Para o procedimento da Análise de Conteúdo foram realizadas entrevistas com seis profissionais atuantes em equipes de CP. Além do questionário para levantamento de dados sociodemográficos, a entrevista seguiu um roteiro semiestruturado com a finalidade de identificar, a partir das vivências de membros da equipe multiprofissional de CP, as dificuldades e potencialidades da integração da espiritualidade em sua prática profissional.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Para aplicar a análise de conteúdo, Bardin (2002) sugere três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. Na fase 1, de pré-análise, o material é organizado a fim de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais; na fase 2, da exploração do material, são definidas as categorias (sistema de codificação) por meio da identificação das unidades de registro (conteúdo) e identificação das unidades de contexto; na fase 3, do tratamento dos resultados, infere-se e interpreta-se o material organizado (momento da intuição, da análise reflexiva e crítica).

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética. O período de coleta de dados foi de setembro a dezembro de 2019 e as/os participantes receberam orientação sobre o procedimento da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas ocorreram no local de trabalho das/os entrevistadas/os. Utilizou-se como critério de inclusão: a vinculação formal com as instituições participantes na pesquisa, ter idade igual ou acima de 18 anos e a participação voluntária. Foram excluídos/as do estudo profissionais que atuam apenas esporadicamente nos CP e estudantes em prática de estágio. Dessa forma, a amostra foi composta por seis profissionais da Saúde, sendo uma médica, um médico, uma psicóloga e um psicólogo, uma enfermeira e um capelão. A seleção destes profissionais deu-se a partir de um estudo quantitativo mais amplo que incluiu 25 profissionais representantes de cinco serviços de CP na cidade de Curitiba – PR. As pessoas colaboradoras neste estudo originam-se destes seis serviços de CP.

Resultados

Dentre as seis pessoas que participaram deste estudo, três são do sexo masculino e três do sexo feminino. Com relação à idade, três profissionais

situaram-se em uma faixa etária entre 21-30 anos; duas pessoas entre 31-40 e uma pessoa declarou ter mais de 40 anos. Cinco pessoas afirmaram possuir pós-graduação como nível de escolaridade, enquanto uma pessoa relatou ter o ensino superior completo. Quanto ao estado civil, três pessoas são solteiras e três são casadas ou mantêm união estável. Na questão renda mensal três participantes disseram receber de 1-3 salários-mínimos, enquanto uma disse receber entre 4-8 salários-mínimos e duas pessoas relataram receber mais de 8 salários-mínimos.

Nos seis depoimentos das entrevistas foram atribuídos aos profissionais de Saúde nomes fictícios: uma médica (Luana), um médico (Edson), uma psicóloga (Eva), um psicólogo (Renan), uma enfermeira (Marta) e um capelão (Tony). O tempo médio de formação profissional dos/as participantes foi de oito anos e meio, sendo que o tempo máximo nesse estudo foi de 25 anos. Todas as pessoas afirmaram ter formação em CP. O tempo médio de atuação em CP foi de cinco anos.

Três participantes se auto reportaram como “religiosas e espiritualizadas”; duas pessoas “espiritualizados, mas não religiosos”; uma pessoa se declarou “religiosa”, das quais: duas são católicas, duas são espíritas e duas são evangélicas (um da Quadrangular e um da Batista).

Após a leitura de todas as entrevistas (fase da pré-análise), o material foi organizado tendo-se em conta a representatividade, a homogeneidade e a pertinência do mesmo. Assim, foram identificadas as dificuldades encontradas pelas equipes multiprofissionais na integração da espiritualidade/religiosidade no cuidado de pessoas enfermas em CP, bem como as potencialidades dos/as profissionais na oferta dos cuidados (fase 2 dos procedimentos de análise).

1. Dificuldades encontradas pelas equipes multiprofissionais na integração da espiritualidade/religiosidade no cuidado de pessoas em Cuidados Paliativos

As subcategorias que se seguem expressam a fase 2, que são as unidades de registro e unidades de contexto, colocadas aqui de modo sintético, como subcategorias. Profissionais relatam a dificuldade de identificar o que é da ordem do espiritual, ou do sagrado. Desse modo, este “não saber”, é uma primeira subcategoria relacionada às dificuldades de integração da dimensão espiritual no contexto dos CP.

1.1 Dificuldade de identificar necessidades espirituais e do que fazer com elas: quem deveria se responsabilizar por isso na equipe?

As dificuldades detectadas relacionam-se às questões de identificação de conteúdos espirituais quando estes emergem, dificuldades sobre a quem caberia o encaminhamento dessas questões e como, conteúdo latente, discursos do tipo cada um que se vire com suas próprias necessidades espirituais. Vemos a seguir, alguns relatos que exemplificam estes resultados. A enfermeira entrevistada, faz o seguinte relato:

[...] algumas coisas todo mundo da equipe tem que saber fazer. Algo mais básico, como por exemplo se o paciente pede, às vezes eles pedem para rezar junto. O conhecimento básico de identificar o que é sagrado para aquela pessoa, o que realmente faz diferença na vida dela [...] isso é obrigação de todo mundo [...] (MARTA, Enfermeira, entrevista pessoal, 2019).

O conteúdo manifesto na fala da enfermeira aponta o reconhecimento da dificuldade em identificar “o que é sagrado para a pessoa”. A sequência do relato possibilita, através do conteúdo latente, ou seja, ao nível da subjetividade, da expressão mais profundas, das rupturas de discurso (BARDIN, 2002, p. 173). Também mostra que Marta compreende a espiritualidade/religiosidade (E/R) como algo que se relaciona àquilo que “faz diferença na vida da pessoa”, como exemplificado na citação “às vezes eles pedem para rezar junto”.

Outra amostra de conteúdo latente está exemplificada a dificuldade em identificar e se responsabilizar pelo atendimento das necessidades espirituais pode ser constatado no relato de Edson:

[...] tenho [...] um caso de ciganos que também esta questão religiosa é bem importante. [...] a familiar acabou falecendo na UTI e eles têm esta questão da crença religiosa deles de que ninguém deve encostar no paciente depois que morre. Só alguns deles, dos ciganos, que podem encostar. Eles consideram que a pessoa que encosta no paciente depois que morre acaba carregando a alma do paciente junto e depois esta pessoa é perseguida pelo grupo dos ciganos. Então a gente teve este problema em que a médica que estava no plantão acabou encostando no paciente [...] eles começaram a perseguir ela fora do hospital. No sentido de que precisava levar ela para alguma seita religiosa para purificá-la e tirar a alma da pessoa que faleceu (risos). Óbvio que ela não aceitou isso, e teve que entrar até com um mandato policial para

poder afastar estas pessoas dela, porque elas realmente estavam fazendo abordagens na saída do hospital, na entrada do hospital, seguindo em casa [...] então a gente [...] entrou com um processo criminal, porque o juiz teve que colocar eles longe dela, visto que já estava ameaçando a parte física e o trabalho dela [...] os ciganos têm esta questão e eles são até relativamente perigosos em relação a isso. Eles levam realmente isso muito a sério. Houve até uma reza depois que a paciente morreu, eles entraram com velas para poder fazer a purificação da alma e enfim tem toda esta questão religiosa que a gente não entra muito no mérito. A gente não está aqui para discutir isso, mas isso também não pode pôr em risco a vida do profissional que atendeu. (EDSON, Médico, entrevista pessoal, 2019).

O caso relatado ilustra a multiculturalidade e a pluralidade das pessoas que habitam a cidade de Curitiba. Porém, o conteúdo latente apresentado em “a gente não está aqui para discutir isso” revela um distanciamento e a dificuldade de se responsabilizar pelo atendimento das necessidades espirituais enquanto equipe multidisciplinar de CP.

Há, a seguir, um relato do médico que evidencia o entendimento de que as necessidades espirituais sejam algo de foro íntimo da família. Mas, ao mesmo tempo, a nível de conteúdo latente, fica subentendido que o cuidado espiritual talvez deva ser gerido pela assistência social.

[...] A gente tem assistente social e a questão espiritual é a questão que a família traz. Então por exemplo, quer trazer o padre então a gente não tem restrição de horário, nem de visita, pode trazer quem quiser (EDSON, Médico, entrevista pessoal, 2019).

Portanto, a fala “a gente tem assistente social e a questão espiritual é a questão que a família traz [...] pode trazer quem quiser” pode demonstrar uma percepção dúbia e de certa forma superficial sobre a relação positiva que o cuidado espiritual adequado traz aos agravos, diagnósticos, prognósticos e eventos relacionados à saúde da pessoa em CP. Quando a percepção assertiva acerca da assistência espiritual ocorre é constatada uma busca tanto por formação quanto instrumentalização.

A psicóloga entrevistada relata o seguinte:

Todo mundo está junto, mas que a gente vai fazer um pouco melhor o que a gente está ali para fazer. Mas por que eu não limitaria o cuidado espiritual só a ele? Porque eu acredito que muitas vezes o momento em que surge essa

conversa pode ser com o cuidado da fisioterapia, pode ser com o cuidado do médico, pode ser com a nutricionista e eu não vou falar: “Não, eu vou parar de responder agora e vou chamar a pessoa indicada do cuidado espiritual”. Não. A gente vai ouvir, vai acolher, vai entender e como equipe multi, em conjunto, a gente passa sob nossa percepção para os outros. O que a gente acha relevante a gente vai passar para os outros, em prol do paciente (EVA, Psicóloga, entrevista pessoal, 2019).

A afirmação “eu vou parar de responder agora e vou chamar a pessoa indicada do cuidado espiritual”. Não. A gente vai ouvir, vai acolher, vai entender” aponta o entendimento de que a assistência espiritual compõe uma realidade profunda que ressalta concomitantemente a necessidade e a intervenção. Assim, reivindica conhecimentos que são distintos e simultaneamente integrados, conferindo à Saúde um papel na realidade social. Por isso, pode ocorrer a indiferença e terceirização do atendimento espiritual pelas/os profissionais de Saúde ao atribuir esse cuidado às próprias pessoas enfermas e/ou seus familiares, confirmada pela seguinte fala do psicólogo:

[...] ainda hoje a gente tem muito preconceito e tem alguns entraves neste cuidado espiritual [...] Basicamente o que ouvimos foi: “Se ela tiver alguém pode pedir para trazer”, mas eu não entendo isso como sendo um cuidado espiritual e sim um: “a paciente que se vire”. A mesma coisa que se a pessoa disser: “eu tenho dor” e eu responder: “ah, vá na farmácia e compre um remédio, se vira. Se você trazer o remédio eu deixo você tomar”. Eu acho que tem que ir além (RENAN, Psicólogo, entrevista pessoal, 2019).

Na fala “ainda hoje a gente tem muito preconceito e tem alguns entraves neste cuidado espiritual [...] Basicamente o que ouvimos foi: Se ela tiver alguém pode pedir para trazer”, mas eu não entendo isso como sendo um cuidado espiritual e sim um: ‘a paciente que se vire’ aplica-se à noção de atendimento humanizado; de um modelo de assistência que associa o valor humano, a qualidade técnica, valorizando e reconhecendo a pessoa enferma em CP, seus direitos, sua cultura e subjetividade.

1.2 Relação dicotômica entre a equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos e voluntárias/os que realizam o cuidado espiritual

O médico considera que:

[...] em hospitais que são de cunho religioso, tipo o Evangélico, a PUC e a Católica Santa Casa que tem as freiras e os capelães, eles abordam melhor, porque os próprios profissionais religiosos têm autonomia para poder acompanhar os pacientes e ver esta questão espiritual. Mas eu não percebo que eles estão nos Cuidados Paliativos, eles fazem o trabalho deles separado dos Cuidados Paliativos. Aqui a gente também recebe o voluntariado, os voluntários religiosos que vêm conversar com os pacientes, oram com os pacientes, perguntam a religião e vê esta questão. Mas eles não discutem com a gente. Eles não estão integrados na equipe de Cuidados Paliativos e não passam um feedback para a gente sobre isso. Se isso é uma questão importante ou não (EDSON, Médico, entrevista pessoal, 2019).

Quanto ao cuidado espiritual, no discurso “em hospitais que são de cunho religioso [...] tem as freiras e os capelães, eles abordam melhor, porque os próprios profissionais religiosos têm autonomia para poder acompanhar os pacientes e ver esta questão espiritual. Mas eu não percebo que eles estão nos Cuidados Paliativos, eles fazem o trabalho deles separado dos Cuidados Paliativos” percebe-se, a nível de conteúdo latente, uma dicotomia que perpassa o atendimento espiritual. Igualmente, a fala “a gente também recebe o voluntariado, os voluntários religiosos que vêm conversar com os pacientes, oram com os pacientes, perguntam a religião e vê esta questão. Mas eles não discutem com a gente. Eles não estão integrados na equipe de Cuidados Paliativos e não passam um feedback para a gente” expressa um senso de insatisfação com o diálogo intra e inter equipe profissional e voluntariado.

2. Potencialidades encontradas pelas equipes multiprofissionais na integração da espiritualidade/ religiosidade no cuidado de pessoas em Cuidados Paliativos

As potencialidades, nesse estudo, são entendidas como capacidades de integração da espiritualidade nos CP que valorizam as relações humanas, a intencionalidade das ações de cuidado, a percepção de compromisso da equipe multidisciplinar e podem contribuir na consolidação do cuidado integral.

2.1 Reconhecimento do lugar da espiritualidade/religiosidade nas assistências em Cuidados Paliativos e necessidade de especialista no atendimento desta necessidade

O psicólogo relata:

[...] eu tento batalhar todos os dias [...] para conseguirmos mudar essa cultura e olhar mais ampliado e entender que a espiritualidade está presente em todos os pontos do cuidado. Quando eu pergunto para o meu paciente se ele tem dor e ele diz que tem dor o dia inteiro, ele não vai conseguir fazer aquilo que dá sentido para a vida dele, ele não vai conseguir desenvolver as atividades e isso pode causar sim um sofrimento espiritual. Eu já não sou mais aquele que eu era, já não me reconheço mais naquilo que eu faço. Então tratar a dor do paciente e permitir que ele dê significado para a vida é tratar também a espiritualidade. (RENAN, psicólogo, entrevista pessoal, 2019).

Renan, ao afirmar “eu tento batalhar todos os dias [...] para conseguirmos mudar essa cultura e olhar mais ampliado e entender que a espiritualidade está presente em todos os pontos do cuidado” e tratar a dor do paciente e permitir que ele dê significado para a vida é tratar também a espiritualidade” relaciona a oferta do cuidado espiritual ao respeito à integralidade do ser humano. Também, demonstra ter clareza da importância e lugar da assistência espiritual nos CP. Igualmente, o capelão Tony também reconhece o lugar do cuidado espiritual, porém, amplia o discurso ao papel da família afirmando que:

[...]. cuidado espiritual é a gente olhar para [...] a pessoa (porque a família também se inclui neste cuidado [...]) eu sempre falo no meu discurso para as pessoas é que não é só um corpo que a gente está cuidando, a gente cuida de alguém que tem as suas crenças, os seus valores, tem a sua história de vida e a gente quer respeitar tudo isso. Então o cuidado espiritual é respeitar tudo isso (TONY, Capelão, entrevista pessoal, 2019).

Com a sentença “a família também se inclui nesse cuidado”, Tony traz tanto a integralidade quanto a pessoa à centralidade da assistência espiritual. Vale considerar que a integração da espiritualidade na assistência hospitalar pode ter impactos positivos nos resultados em Saúde. A médica Luana demonstra isso por meio de uma situação:

Uma outra situação que eu acho interessantíssima, que até vou te relatar, de uma paciente de 94-97 anos [...] uma velhinha que participou e que ajudou a fundar a paróquia da região dela [...]. Aí ela teve uma pneumonia, ficou vinculada no leito e a gente foi trabalhando. Ela assistia à missa na televisão. [...] Passou uma semana, duas semanas, um mês, dois meses e ela começou a não conseguir ir à missa. Começou a descompensar e tinha muitas dores. Na avaliação eu vi a missa na televisão e comecei a perguntar para ela [...]:

“ o que a senhora acha se a gente preparasse e a senhora fosse na missa?”. “ e ela: “aí, eu queria muito, muito, muito”[...] a filha preparou tudo e uma estrutura como se fosse um baile, para poder levá-la para a missa. Avisamos o padre de que aquele dia seria especial [...] avisamos as amigas que ela iria comparecer na missa naquela data e que depois iríamos fazer uma reuniãozinha na casa. As queixas desapareceram! (risos). [...] depois daquilo umas duas semanas depois ela fez aniversário e afundou; e faleceu dormindo (LUANA, Médica, entrevista pessoal, 2019).

Na pergunta seguida de resposta “ o que a senhora acha se a gente preparasse e a senhora fosse na missa?”. “ e ela: “aí, eu queria muito, muito, muito” faz-se vívida a potente força da tecnologia da escuta perpassando os valores subjetivos da paciente que, no caso, padecia pela ausência dos relacionamentos e atividades religiosas que lhe eram caras. A enfermeira Marta ressalta que embora o capelão/capelã seja a pessoa especialista no cuidado espiritual, essa prática não se limita só a ela/e, dizendo: “[...] algumas questões mais profundas que a equipe não consegue chegar, tem que ser uma pessoa especializada, uma pessoa que tem um conhecimento maior” (MARTA, Enfermeira, entrevista pessoal, 2019).

A via da necessidade da/o profissional especialista no cuidado espiritual bem como a percepção de que capelãs/capelães recebem formação específica direcionada ao âmbito da assistência espiritual pode ser visibilizada na fala “algumas questões mais profundas que a equipe não consegue chegar”.

2.2 Disponibilização de uma escuta qualificada sobre o sentido da experiência de enfermidade

A psicóloga faz a seguinte afirmação:

Dessa integração eu tendo a ouvir muito o que o paciente entende como o motivo dele estar aqui, o motivo às vezes de ele estar passando por isso. Muitas vezes o paciente entende como uma missão da vida dele estar passando por isso. Foi algo que ele escolheu ou que às vezes ele me traz que isso é algo que ele está pagando, isso pode ser uma crença do paciente. Então eu tento entender e aprofundar o que para ele é adoecer; o que para ele é vivenciar; o que para ele pode ser viver, morrer; o depois, se tem depois ou se não tem; o motivo de estar aqui e etc. [...] Então eu tento ouvi-lo e tento aprofundar, sem inferir com o que é meu. Tento ouvir de verdade o que ele está me dizendo e entender. Caso eu não entenda um pouco mais sobre o que ele está falando,

eu vou pesquisar, vou tentar entender um pouco mais sobre o que ele quis dizer com aquilo. O que para ele é esse ritual ou o que para ele é... aí entra um pouco da religiosidade também, às vezes. O que para ele é esse ritual? Que para ele é importante, de passagem por exemplo. Ou que só assim ele vai ter um local no céu, o que para essa pessoa pode ser importante. (EVA, Psicóloga, entrevista pessoal, 2019).

Percebe-se, na fala “dessa integração eu tendo a ouvir muito o que o paciente entende como o motivo dele estar aqui. [...] eu tento ouvi-lo e tento aprofundar, sem inferir com o que é meu”, que Eva demonstra um respeito à individualidade da pessoa. Também, se pode inferir a disposição para a aplicação da escuta compassiva e valorização da vida na fala apresentada pelo psicólogo, que diz:

Mesmo em Cuidados Paliativos trabalhando com morte a gente trabalha com muita vida. Então eu me identifiquei muito com esse trabalho de poder trabalhar com o paciente e com a vida dele no meio de um processo de adoecimento grave, de câncer avançado e de finitude. (RENAN, Psicólogo, entrevista pessoal, 2019).

2.3 Valorização da perspectiva da pessoa enferma acerca da morte e do morrer

A médica apresenta o seguinte relato:

[...] os meus colegas [...] não acham importante que a gente trabalhe com aquilo que é do ser, inerente [...] ao indivíduo na sua existência, na sua unidade dentro desse contexto de mundo. E os meus colegas medicalizam a morte, né? Eu preciso esconder, eu tenho que esconder. A morte é um erro. A morte é uma falha. Eu fracassei como médico. [...] eu tenho que esconder a minha falha, eu não posso falar dela. Eu não posso permitir que o paciente fale: morte! Não posso permitir que ele fale dos seus temores. Eu não posso permitir que ele traga seus medos e as suas inseguranças, porque daí eu estarei falhando. Infelizmente é esse o contexto atual. O contexto é esse: interna; esconde, esconde da família, esconde das crianças; não se fala em morte; não se fala em nada. (LUANA, Médica, entrevista pessoal, 2019).

No discurso “os meus colegas medicalizam a morte [...] A morte é um erro. A morte é uma falha. Eu fracassei como médico” percebe-se o conteúdo latente de que a/o boa/bom médica/o é reconhecida/o quando a pessoa

enferma aos seus cuidados vence a morte. A fala “eu não posso permitir que o paciente fale: morte!”, pode expressar a condenação da pessoa enferma ao isolamento que não lhe oferta consolo, compaixão e ressignificação de sua experiência de vida e finitude.

Discussão

Gentil, Guia e Sanna (2011), em um estudo bibliométrico acerca da organização dos serviços de Capelania hospitalar, constataram que este serviço estaria surgindo no contexto brasileiro, enquanto em outros países já estava consolidado. Pesquisa recente constata que uma década depois não há mudanças significativas na prática de Capelania hospitalar no Brasil. Aqui, ainda prevalecem práticas de “Capelania religiosa” (como “capelania cristã”, “capelania espírita”, etc.) realizadas por lideranças religiosas e/ou voluntários com enfoque no cuidado pastoral e sem diálogo com as equipes multiprofissionais (ESPERANDIO; LEGET, 2020). Além disso, apesar de os pressupostos do Sistema Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba pontuarem que a assistência espiritual compõe a assistência integral à pessoa enferma e deve estar conectada “no atendimento de todas as necessidades objetivas, individuais ou socialmente construídas” (NASCIMENTO, 2016, p. 184, 186), o presente estudo indica que há dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Saúde bem como as potencialidades na integração da E/R, bem como da assistência espiritual nos CP.

O adoecimento é um processo bem como o é assistência espiritual. Desse modo, quando a/o profissional *não sabe identificar o que é sagrado e não sabe lidar com* conteúdo religioso quando estes emergem demonstra o despreparo para o atendimento espiritual (ABDULLA; HOSSAIN; BARLA, 2019, p. 5; ESPERANDIO, 2021, p. 11). Tais autores afirmam que a equipe multidisciplinar necessita de treinamento para o cuidado espiritual, especialmente no primeiro contato direcionado à tomada da história da pessoa enferma, na comunicação de notícias dolorosas e diante das dificuldades e declínio do quadro clínico. Abdulla, Hossain e Barla (2019) afirmam que a educação em cuidado espiritual pode capacitar a equipe no desenvolvimento atencioso de atribuições como a escuta cuidadosa e a escolha de palavras a serem usadas com a pessoa enferma e familiares.

Vale refletir sobre a fala da psicóloga Eva “eu tento ouvi-lo e tento aprofundar, sem inferir com o que é meu”, bem como no conteúdo latente da Luana que apresenta sua práxis embasada no que é importante que seja

trabalhado aquilo que é do ser, inerente. Assim pensando, a doença que não pode ser curada deixa de ser símbolo de fracasso e a morte não precisa ser ocultada. Portanto, falar e refletir sobre a morte é uma atitude potencialmente humanizadora que proporciona um espaço de acolhimento que pode combater a alienação e ocultação da morte. Dessa forma é possível construir uma perspectiva na qual a expectativa da morte iminente, por um lado, não seja símbolo de fracasso e imperícia médica e, por outro lado, não signifique solidão para a pessoa que recebe atendimento em CP.

O desconhecimento quanto às diferentes manifestações do sagrado que se apresenta na dificuldade para lidar com as questões espirituais mais profundas da pessoa enferma, familiares, pode ser uma evidência do déficit na formação acerca do cuidado espiritual e CP ainda na graduação. Desse modo, ainda prevalece um desconhecimento acerca de como desempenhar o cuidado espiritual nos cuidados práticos (ESPERANDIO, 2021, p. 11). Esse obstáculo pode ser transposto através da realimentação teórica que fornece outras perspectivas de conhecimento, proporcionando a construção de novas práxis. Importa destacar que a equipe multidisciplinar em sua totalidade necessita desenvolver as qualidades fundamentais para o cuidado espiritual nos CP. Com treinamentos que contemplem tópicos acerca da prestação de atendimento espiritual no cotidiano do cuidado hospitalar à pessoa em CP, essa dificuldade que compromete a dinâmica de cuidado pode ser superada. Para isso, há que desenvolver currículos que abarquem a capacitação para o cuidado espiritual nos CP (VAN DE GEER *et al.*, 2017, p. 1; ROBERT *et al.*, 2019, p. 1, 7; BEST *et al.*, 2020, p. 8).

A racionalização e intelectualização de profissionais da equipe multidisciplinar como fator de estranhamento para com a sacralização e a E/R da pessoa enferma envolve: a falta de consenso dentro da equipe quanto à percepção e atribuição do atendimento espiritual na equipe multidisciplinar de CP bem como a indiferença e terceirização do atendimento espiritual pelas/os profissionais de Saúde. Ao atribuir este cuidado às próprias pessoas enfermas e/ou seus familiares pode estar ocorrendo mais um desdobramento do déficit de formação. Através da habilitação para a multiculturalidade advinda da capacitação em competência cultural, a equipe multidisciplinar pode atuar sob um novo olhar para a pessoa enferma, familiares e à própria equipe. Esse novo olhar pode ser exemplificado pelo modo que Eva narra suas próprias ações de integração, ao dizer: “tento ouvi-lo e tento aprofundar, sem inferir com o que é meu” e demonstrar um respeito à individualidade

da pessoa enferma. Também, se pode inferir uma disposição que valoriza a verdade da/o paciente e propõe o oferecimento de compreensão e apoio à/ ao enferma/o diante dos desafios causados pelo senso de finitude, bem como o enfrentamento da angústia, do processo de hospitalização, morte e luto.

A relação dicotômica entre a equipe multiprofissional de CP e voluntárias/os que realizam o cuidado espiritual é uma dificuldade que pode ser resolvida quando os profissionais da Capelania exercem a liderança do cuidado espiritual (VOIGT *et al.*, 2015, p. 5) e se responsabilizam pelo treinamento dos demais membros da equipe multidisciplinar (LAU *et al.*, 2018, p. 1-7). Uma nova cultura pode democratizar as relações, contribuindo para que a dificuldade de falta de integração entre a equipe multiprofissional de CP e voluntárias/os seja superada pela valorização de profissionais e voluntárias/os no contexto de uma relação que promove o diálogo. Dialogicamente, são alinhadas as regras organizacionais e comportamentais, bem como a objetividade e a subjetividade em prol do cuidado espiritual com as necessárias estratégias e ferramentas que evidenciem e harmonizem o entendimento conceitual e prático acerca do atendimento das necessidades espirituais, perpassando quem deve ofertar essa assistência, quem deve corrigir as rupturas, promover as continuidades e mediar as ambiguidades.

Na práxis de assistência hospitalar importa considerar potencialidades como o reconhecimento do lugar da espiritualidade nas assistências em CP e necessidade de especialista no atendimento desta necessidade. A ausência de um capelão/capelã na equipe multiprofissional acaba por exigir que os demais profissionais tenham de manejar essa assistência em situações para as quais não se consideram preparadas/os para atender. Vale salientar que os relatos também indicaram a ausência de capelães/capelãs na equipe multidisciplinar, sendo esse um retrato que expressa as dificuldades de implementação do cuidado espiritual no Brasil (ESPERANDIO, 2021, p. 10-12). Vale destacar que há uma única representatividade de capelão, dentre as pessoas entrevistadas.

Dessa forma, é conveniente considerar as implicações da ausência de capelães/capelãs nos CP de Curitiba bem como refletir sobre a promoção do reconhecimento da necessidade de que uma pessoa especializada em cuidado espiritual participe das equipes de CP. Importa destacar que o atendimento espiritual oferecido por capelães/capelãs pode ser uma alternativa que ajuda na promoção de um cuidado integral humanizado. Elementos espirituais/religiosos podem influenciar no processo de saúde/doença da pessoa enferma,

trazendo-lhe um sentido de vida e conforto em meio ao sofrimento. Além disso, capelães/capelãs podem atuar na oferta de treinamentos para demais membros da equipe de Saúde com enfoque na abordagem de questões concernentes à prática do cuidado espiritual. Com um treinamento adequado, realizado por profissionais da Capelania, as dificuldades podem ser superadas e as potencialidades destes/as profissionais podem ser fortalecidas decorrendo em uma boa prática de cuidado espiritual.

Como profissionais, as/os capelães/capelãs podem oferecer suporte espiritual, privilegiando as vivências, as perspectivas e as necessidades das pessoas atendidas. Jalalzai (2016, p. 17-18) interpreta que, através da experiência como cuidadores espirituais, capelães/capelãs têm a permissão para agir como facilitadoras/es que promovem o bem-estar espiritual. Tal percepção é confirmada ao considerar-se que as/os respondentes mencionaram a importância desse bem-estar espiritual para a pessoa enferma e familiares; porém, ao mesmo tempo demonstraram dificuldades no exercício de intervenções efetivas. Uma provável resposta a esse impasse pode se basear no estudo de Hodgson e Carey (2017, p. 11) o qual aponta tanto a necessidade de um atendimento integrado quanto da apresentação de uma padronização relacionada à sua atuação no campo da Saúde.

Intervenções feitas por capelães, enquanto prestadores de cuidado espiritual especializado, podem ser integradas e empreendidas em diversos níveis que vão da avaliação espiritual, ao aconselhamento, ao suporte, à educação, à aplicação de rituais e a atividades de adoração (HODGSON; CAREY, 2017, p. 11). Nessas intervenções dialógicas o cuidado espiritual colabora com o entendimento de que os CP se caracterizam como a especialidade mais interdisciplinar nos cuidados em Saúde. Tal interpretação se caracteriza como um cuidado em expansão que se materializa nas ações de uma equipe multidisciplinar (FARABELLI *et al.*, 2019, p. 1-2).

A potencialidade de disponibilizar uma escuta qualificada sobre o sentido da experiência de enfermidade pode contribuir no estabelecimento da confiança recíproca capaz de habilitar profissionais a acessarem a pessoa enferma e familiares à discussão que pode dar abertura para reflexões sobre a morte. A inserção da E/R nos CP em Curitiba pode moldar bons relacionamentos interpessoais (CASTILHO; CARDOSO, 2015, p. 29-30). Nessa perspectiva intervencionista de promover a valorização da perspectiva da pessoa enferma acerca do processo da morte e do morrer, o cuidado espiritual é recurso de combate à solidão e isolamento, proporcionando

motivação, esperança, conforto e consolo diante da dor e do sofrimento, pois ter Saúde não significa ausência de doença. Considera-se que “embora a pessoa enferma esteja limitada e não seja socialmente produtiva, ela se encontra plena de possibilidades” (PUCHALSKI *et al.*, 2009, p. 890) e “a Saúde é sempre relação, diálogo, interação” (ÁLVAREZ, 2013, p. 227).

Curitiba é caracterizada por uma multiculturalidade, contudo as narrativas evidenciam a ausência de formação de profissionais da Saúde para lidar com essa pluralidade das pessoas enfermas e seus familiares. No estudo, essa realidade está exemplificada na história da família de ciganos trazida pelo médico Edson. No relato é possível identificar que as pessoas que deveriam ser cuidadas ficaram desprovidas de segurança e proteção. Pode-se refletir sobre o que pode ser transformado pelo aprendizado diante da situação, pois na relação com a família cigana houve conflitos na comunicação inicial, ficando evidente a ausência de um relacionamento horizontal e o estabelecimento do poder da máquina hospitalar na relação com a família. Através do diálogo, profissionais de Saúde poderiam entender e se inserir no universo familiar o que tornaria possível que a equipe se inteirasse da etiqueta comportamental desse grupo étnico e cultural e fizesse boas escolhas quanto aos procedimentos para com o corpo da pessoa falecida (SANTANA *et al.*, 2011, p. 26, 27, 30).

Se fossem debatidos aspectos ético/morais e da E/R da família seria possível entender que a etiqueta deste grupo apresenta características diversas do contexto teológico judaico-cristão tradicional. O que permitiria a normatização das melhores ações a serem adotadas, tal entendimento também possibilitaria que a equipe multidisciplinar se antecipasse ao conflito. Evitar-se-ia a resposta profissional precipitada diante da situação delicada. Esse relato revela a falta de estabelecimento das diretrizes da equipe multidisciplinar e de conhecimento sobre a relevância do papel de profissional especialista em cuidado espiritual no hospital e/ou em equipe de CP. Considerando que os depoimentos da pesquisa podem apresentar uma tendência homogeneizadora da população curitibana, relatos como o da família de ciganos que terminou em processo judicial podem ser indícios da dificuldade com multiculturalidade? Esse relato pode caracterizar preconceitos?

Um dos únicos estudos realizados no Brasil, aborda a aplicação de um modelo de assistência religiosa espírita a pacientes hospitalizados (SAAD *et al.*, 2015). De acordo com os autores e autoras as instituições que adotam a orientação espírita buscam integrar os tratamentos médicos convencionais

com as terapias espirituais complementares ao oferecer suporte a quem está sendo assistido. Procura-se garantir a confidencialidade, o humanismo, a neutralidade e o respeito, priorizando as expectativas da pessoa enferma e as razões associadas à solicitação dos serviços de Capelania. Tais autores há seis anos observaram a necessidade de uma abordagem mais integrativa através da interface entre profissionais de Saúde e o voluntariado e através de treinamentos que qualifiquem profissionais no atendimento da pessoa enferma ao dar entrada no ambiente hospitalar, bem como na discussão das questões éticas e na padronização da assistência (SAAD *et al.*, 2015, p. 1464-1465).

Compreende-se, portanto, que as equipes de Saúde podem se beneficiar de algum modelo de cuidado espiritual que não se restrinja a uma perspectiva religiosa, mas que integre o aspecto religioso e o ultrapasse. Um modelo que colabore para a proposição de uma assistência espiritual sensível às demandas das pessoas enfermas e seus familiares uma vez que focaliza experiências e ações concretas; pode além disso prover aos/às profissionais conhecimento especializado que podem auxiliar no reconhecimento e atendimento de uma espiritualidade não religiosa nos CP.

Contribuindo com a perspectiva de uma abordagem colaborativa, há espaço para que a assistência espiritual se materialize em ações, como a presença em serviços religiosos organizados em ambientes institucionais (ROSA; HOPE; MATZO, 2019, p. 101). Entende-se que o atendimento espiritual quando bem integrado traz um efeito concreto nas condições gerais de bem-estar, não apenas espiritual, mas inclui a melhoria física, como foi o caso da médica Luana que observou a solução para altos índices de dor na senhora idosa de seu relato. Ou seja, o cuidado espiritual, quando bem conduzido, pode contribuir na resolução de uma situação de dor total, ou seja, da dor que perpassa todas as dimensões humanas.

Considerações finais

Refletir sobre as dificuldades e potencialidades pode contribuir na harmonização do atendimento e cuidado espiritual. Os resultados deste estudo indicaram profissionais com pouca prática em assistência espiritual e demonstraram a necessidade de um modelo de atendimento espiritual nos CP, bem como da inserção de um profissional especializado em assistência espiritual nas equipes multiprofissionais. Nesse sentido, ressaltam-se as contribuições que o atendimento espiritual qualificado pode oferecer para a

integração da espiritualidade nos serviços de CP. A que a partir do cenário do sentido da existência, do sofrimento, das experiências e das relações humanas o estudo demonstra que a integração da E/R nos serviços de CP muito pode contribuir para a construção do bem-estar, da elaboração de uma biografia com sentido e de um fim de vida de paz para as pessoas enfermas. Além disso, destaca-se que o conhecimento acerca da espiritualidade e do cuidado espiritual pode também fornecer indicativos para a integração, implementação e expansão de um cuidado espiritual sob liderança da Capelania profissional como um serviço especializado.

Em um contexto de ausência de formação de profissionais da Saúde para atuação na Capelania hospitalar, ressalta-se a necessidade de uma capacitação com vistas a oferecer uma assistência espiritual, livre de qualquer tipo de proselitismo e que desenvolva uma escuta ativa e aberta à experiência das pessoas enfermas. Além disso, há necessidade de que essa formação abarque os conteúdos da Bioética e campos afins para o aprimoramento da prática, como por exemplo, dilemas éticos nas tomadas de decisão em saúde, tratamentos invasivos, diretivas antecipadas da vontade e outro mais. Por meio dessa formação, numa perspectiva inclusiva, ou seja, em perspectiva interdisciplinar e para além das possibilidades confessionais e denominacionais, a Capelania profissional pode ser estabelecida no espaço público como profissão.

Referências

ABDULLA, A.; HOSSAIN, M.; BARLA, C. Toward comprehensive medicine: listening to spiritual and religious needs of patients. **Gerontol Geriatr Med**, v. 5, n. 1, p. 1-6, 2019. DOI:10.1177/2333721419843703. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487746/>. Acesso em: 19 out. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BEST, M. *et al.* An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. **BMC Palliat Care**, v. 19, n. 9, p. 1-10, 2020. DOI:10.1186/s12904-019-0508-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31941486/>. Acesso em: 19 out. 2020.

BROWN, J. *et al.* The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. **Farm Pract**, v. 3, n. 2, p. 75-79, 1986. DOI: 10.1093/fampra/3.2.75. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3721098/>. Acesso em: 28 dez. 2020.

CAMBOIM, A.; RIQUE, J. Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. **RBHR**, v. 3, n. 7, p. 251-263, 2010. DOI: 10.4025/rbhranpuh.v3i7.30336. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RbhrAnpuh/article/view/30336>. Acesso em: 12 out. 2020.

CASTILHO, C. N.; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **REFACS** (online), v. 3, n. 1 p. 28-39, 2015. DOI:10.18554/refacs.v3i1.1032. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1032>. Acesso em: 14 out. 2020.

ESPERANDIO, M. R. G.; LEGET, C. Espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil. Revisão integrativa de literatura. **Rever**, v. 20, n. 2, p. 11-27, 2020. DOI: 10.23925/1677-1222.2020vo-l20i2a2. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/rever/article/download/50678/33082>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ESPERANDIO, M. R. G.; ROSA, T. S. Avaliação da espiritualidade/religiosidade de pacientes em cuidados paliativos. **Protestant Rev**, v. 46, n. 1, p. 168, 2020. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/nepp>. Acesso em: 11 maio 2021.

ESPERANDIO, M. R. G. Spirituality and health in Brazil: a survey snapshot of research groups. **Religions**, v. 12, n. 27, p. 1-14, 2021. DOI: 10.3390/rel12010027. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/12/1/27/pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FARABELLI, J. P. *et al.* Top ten tips palliative care clinicians should know about psychosocial and family support. **J Palliat Med**, v. 20, n. 20, p. 1-7, 2019. DOI: 10.1089/jpm.2019.0506. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31687876/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic: Teo e Pesq**, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/8N5QJ4R5vLn3LcfTZs68DRC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 29 ago. 2021.

HODGSON, T. J.; CAREY, L. B. Moral injury and definitional clarity: betrayal, spirituality and the role of chaplains. **J Relig Health**, v. 56, n. 4, pp. 1-17, 2017. DOI:10.1007/s10943-017-0407-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28526912/>. Acesso em: 24 set. 2020.

JALALZAI, Sajida. **Translating islamic authority: chaplaincy and muslim leadership education in north american protestant seminaries**. 2016, 316f. Tese (Doutorado em Filosofia) Graduate School of Arts and Sciences. Columbia University, 2016. Disponível em: <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D8GQ6XRX>. Acesso em: 28 dez. 2020.

KRISTELLER, J. L. *et al.* Oncology assisted intervention study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. **Int J Psychiatry in Med**, v. 35, n. 4, p. 329-347, 2005. DOI: 10.2190/8AE4-F01C-60M0-85C8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16673834/>. Acesso em: 28 dez. 2020.

LAU, C. *et al.* The comfort measures order set at a tertiary care academic hospital: is there a comparable difference in end-of-life care between patients dying in acute care when CMOS is utilized? **Am J Hosp Palliat Care**, v. 35, n. 4, p. 652-663, 2018. DOI: 10.1177/1049909117734228. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28982259/>. Acesso em: 19 out. 2020.

LEVENSTEIN, J. H. *et al.* The clinical method focused on the patient. 1. A model for the physician-patient interaction in family medicine. **Fam Pract**, v. 3, n. 1, p. 24-30, 1986. DOI: 10.1093/fampra/3.1.24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3956899/>. Acesso em: 28 dez. 2020.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Spiritual care: the nurses' experiences in the pediatric intensive care unit. **Religions**, v. 7, n. 27, p. 1-11, 2016. DOI: 10.3390/rel7030027. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/7/3/27>. Acesso em: 19 out. 2020.

PUCHALSKI, C. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. **J Palliat Med, Larchmont**, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009. DOI: 10.1089/jpm.2009.0142. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19807235/>. Acesso em: 19 out. 2020.

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J Palliat Med**, v. 17, n. 6, p. 642-656, 2014. DOI: 10.1089/jpm.2014.9427. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24842136/>. Acesso em: 19 out. 2020.

ROBERT, R. *et al.* Spiritual assessment and spiritual care offerings as a standard of care in pediatric oncology: a recommendation informed by a systematic review of the literature. **Pediatr Blood Cancer**, v. 66, n. 9, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1002/pbc.27764. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31033210/>. Acesso em: 19 out. 2020.

ROSA, W. E.; HOPE, S.; MATZO, M. Palliative nursing and sacred medicine - a holistic stance on entheogens, healing, and spiritual care. **J Holist Nurs**, v. 37, n. 1, p. 100-106, 2019. DOI: 10.1177/0898010118770302. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29669454/>. Acesso em: 29 out. 2020.

SAAD, M. *et al.* Toward the concept of "spiritist chaplaincy. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 4, p. 1460-1469, 2015. doi:10.1007/s10943-015-0011-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25876161/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Preparando o corpo: respeito e ética no momento do fim da vida. **Enferm Brasil**, v. 10, n. 1, p. 25-31, 2011. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3837>. Acesso em: 11 maio 2021.

VAN DE GEER, J. *et al.* Improving spiritual care in hospitals in the Netherlands: what do health care chaplains involved in an action-research study report? **J Health Care Chaplain**, v. 24, n. 3, p. 1-23, 2017. DOI:10.1080/08854726.2017.1393039. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29166210/>. Acesso em: 19 out. 2020.

358 *Sileide France Turan Salvador*
Mary Rute Gomes Esperandio

VOIGT, L. P. *et al.* Characteristics and outcomes of ethics consultations in an oncologic intensive care unit. **J Intensive Care Med**, v. 30, n. 7, p. 436-442, 2015. DOI:10.1177/0885066614538389. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24916755/>. Acesso em: 19 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO. **Definition of palliative care**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

Submetido em: 20-9-2021

Accito em: 18-12-2022