

## **A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE DIANTE DA TERMINALIDADE E DA MORTE NO TRABALHO COTIDIANO EM SAÚDE<sup>1</sup>**

Larissa Teixeira Mendes<sup>2</sup>  
Ana Maria Mattos de Andrade<sup>3</sup>

### **RESUMO:**

O presente artigo tem como objetivo compreender a importância da espiritualidade diante da dor, do adoecer e a probabilidade do morrer, destacando a influência dessas questões no cotidiano dos profissionais de saúde. O morrer está presente no desenvolvimento do sujeito e se faz lembrança no dia a dia. Diversos profissionais, em destaque os da área da saúde, relacionam-se com o processo da terminalidade e do morrer em sua prática profissional. A construção do profissional de saúde acontece num quadro sócio histórico onde se nega a morte e seus processos e privilegia o estudo das teorias e técnicas. Considerando a intervenção da terminalidade e da morte na satisfação de vida do indivíduo, e em sua interferência na maneira de lidar com a vida profissional no processo de morte e morrer, buscamos, através de uma revisão literária, discutir e refletir sobre a espiritualidade e seus efeitos diante da terminalidade e, ainda, como esta dimensão nos pacientes pode ser levada em consideração pelos profissionais de saúde, possibilitando eficácia em seus tratamentos e no lidar com os processos de transferência nos estados terminais.

Palavras- chave: Espiritualidade. Profissionais de saúde. Terminalidade da vida

## **THE INFLUENCE OF SPIRITUALITY IN CONNECTION WITH TERMINALITY AND DEATH IN EVERYDAY WORK IN HEALTH**

### **ABSTRACT:**

This article aims to understand the importance of spirituality in the face of pain, illness and the probability of dying, highlighting the influence of these issues on the daily life of health professionals. Dying is present in the development of the subject and is remembered day by day. Several professionals, in particular those in the health area, are related to the process of terminality and dying in their professional practice. The construction of the health professional takes place in a historical social context where death and its processes are denied and privileges the study of theories and techniques. Considering the intervention of

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF) na Linha de Pesquisa psicologia e espiritualidade. Recebido em 28/05/2019 e aprovado, após reformulações, em 28/06/2019.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF) E-mail: larissa.teixeiramendes@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia clínica pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF) e docente do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF). E-mail: anaandrade@cesjf.br

terminality and death in the life satisfaction of the individual, and in their interference in the way of dealing with professional life in the process of death and dying, we seek, through a literary review, to discuss and reflect on spirituality and its effects on the terminality, and also how this dimension in patients can be taken into consideration by health professionals, enabling effectiveness in their treatments and in dealing with transfer processes in terminal states.

Keywords: Spirituality. Health professionals. Termination of life

## 1 INTRODUÇÃO

Com o decorrer dos anos, a morte ganhou vários significados, mudanças de ideias e concepções; a morte que antes era consumada e reconhecida na moradia dos adoecidos, passa a ocorrer em hospitais; e os cuidados antes assumidos pelos familiares agora tornam-se responsabilidade dos profissionais da saúde caminhando em conjunto com o avanço da medicina que foi favorecendo essas transições prolongando a vida e a expectativa dos sujeitos. (SANTANA et al., 2009).

Mesmo com o avanço da tecnologia, a morte se faz presente como uma incógnita, trazendo uma realidade extremamente labiríntica, pois no ciclo da vida o indivíduo passa pelo nascimento e inevitavelmente passará pela vivência da morte. Perante essa verdade irrefutável, ao apoderar-se do conhecimento de sua eminência, o sujeito se defronta com os mais diversos sentimentos, necessitando suporte, amparo e cuidado de todos que estão ao seu redor. (FONSECA; RABELO, 2011).

A espiritualidade é um assunto que vem despertando muito interesse dos profissionais da saúde no quesito do cuidar, devido a várias pesquisas já comprovarem que a mesma é uma via para se encontrar uma melhor qualidade de vida dos pacientes, impulsionando também no processo de cura e até no enfrentar da doença. (ARRIEIRA et al., 2011).

Segundo Boff (2006) a espiritualidade retrata particularidades características da alma do indivíduo, sem se prender a crenças ou religiões, estando ligada ao amor, à predisposição ao perdão, à felicidade, à procura do significado de existir. Panzini et al (2007) destaca que é crescente o indício de

que a concepção espiritualidade está intimamente ligada a saúde mental e física, levando de modo consequente a uma melhor qualidade de vida.

A partir do momento em que se é confrontado com um diagnóstico sem probabilidade de recuperação, o paciente poderá viver sensações de medo, de fragilidade, de incertezas, podendo negar a realidade, contestando-a, agindo de forma hostil, vivendo o sentimento de debilidade. (CARVALHO et al., 2014).

A terminalidade dos pacientes é percebida pelos profissionais da saúde como uma fase difícil, podendo provocar sintomas como estresse e impotência. A atuação dos profissionais da saúde no morrer do paciente, tem o poder de influenciá-los de modo direto, despertando vários sentimentos. O sentimento de insuficiência sentido por diversos profissionais é causado até pela sua própria formação, o modo como foram capacitados para preservar e curar o indivíduo. (SPÍNDOLA; MACEDO, 1994).

Diante disso, o presente artigo explora como a espiritualidade influencia no dia a dia do paciente terminal e do profissional da saúde e como é importante a consciência do profissional de saúde a esse respeito.

## **2 OS PACIENTES TERMINAIS E SEUS ATRAVESSAMENTOS**

A terminalidade parece ser o eixo central de entendimento das consequências que virão junto a ela. Esgotando todas as possibilidades da recuperação da antiga saúde do sujeito e o enfrentamento real com a morte de forma implacável e aguardada, o paciente depara-se com uma realidade impactante a caminho da morte, sem que haja possibilidade de reversão desse caminho. (GUTIERREZ, 2001).

De acordo com Gutierrez (2001), o significado de paciente terminal não é algo fácil de se conceituar, ainda que constantemente seja feito por muitos profissionais de forma semelhante. Para ele possivelmente a complexidade está em delinear essa condição e não em aceitá-la.

Nos estados de terminalidade, o paciente se depara com o processo de finitude, próprio da existência humana que vive o processo de nascer, crescer e morrer. A morte aponta o encerramento da vida e sendo o homem um ser

passageiro é necessário um cuidado adequado em cada etapa da existência (SCHRAMM, 2001).

Kipper (1999) tem como definição de paciente terminal a condição de irreversibilidade se juntando com uma maior possibilidade de morte, em intervalo transitório de tempo, podendo acontecer entre três a seis meses.

O reconhecimento do paciente terminal na realidade, levando em conta a não perspectiva de melhora, diante da irremediável morte, se faz de forma profunda e não compreende somente um único raciocínio. (CARVALHO et al., 2001). Mesmo se esforçando para reconhecer este diagnóstico por meio de considerações apreciativas, isentas e fora de preconceitos, essa ausência de um padrão a se seguir, faz com que a equipe de saúde tenha apreensão de declarar um sujeito como terminal. Isso ocorre devido a linha tênue entre o paciente em estado terminal e aqueles com possibilidades de melhora. Ficando mais difícil esse limite pois não existe uma divisão bem feita entre os dois estados. (QUINTANA et al., 2006).

Quintana et al (2006) afirma que a objeção de diagnosticar um paciente como terminal se dá juntamente com o fator de ser um diagnóstico irrefutável, que poderá ou não se comprovar, dependendo do desenvolvimento de cada caso. Pois após declarar um paciente como sendo terminal, o profissional de saúde se encontra em um contexto contraditório, onde a melhora do paciente marcaria um lapso do profissional em relação ao seu parecer. Ao mesmo tempo que a confirmação de seu diagnóstico se faz carregado de angústia para o profissional de saúde.

Essa inexistência de clareza que se confronta com o prognóstico de morte foi declarada por Pitta (1999), afirmando que os avanços da terapêutica e das cirurgias se faz cada vez mais complexo perceber quando um adoecer será terminal ou não. Do ponto de vista psicológico, o estímulo para mecanismos de enfrentamento, que o paciente pode ter desenvolvido e utilizado em outras situações difíceis em sua vida, são fundamentais para manter a auto-estima e certa estabilidade emocional. Respeitar e estimular a relação que este e seus familiares tem com religião e espiritualidade pode ser essencial para a experiência paliativa.

O paciente quando está distante da probabilidade terapêutica de melhoria ou tratamento da doença se encontra em um meio de finitude denominado de “processo de morte e morrer”, retratado por Elizabeth Kubler Ross (2002) em cinco estágios: 1) negação e isolamento; 2) raiva; 3) barganha; 4) depressão e 5) aceitação.

Segundo Elizabeth Kubler Ross (2002) esses estágios podem acontecer de diversas formas, acontecendo de maneira alternada, de modo combinado ou até serem manifestados todos conjuntamente. O primeiro estágio nomeado de negação e isolamento, se faz presente através da inabilidade do sujeito em admitir o término de sua existência.

A raiva é o segundo estágio, em que o paciente se encontra em uma realidade não aceita e se faz questionamentos como: “Por que eu?”. Sendo manifestada quando a negação se deixa de fazer presente, aparecendo então esse sentimento de raiva diante de toda situação. Na maioria das vezes se dá como forma de raiva das pessoas que estão ao seu redor. É o médico que não consegue fazer o diagnóstico a tempo de ser tratável, das pessoas que se encontram em pleno estado de saúde, dos familiares, fazendo com que se manifeste a raiva e a mágoa por não ter vivido sua vida de diferentes jeitos, dos assuntos que não tiveram fim e das palavras que não foram ditas. (KUBLER ROSS, 2002).

O terceiro estágio, denominado de barganha, o sujeito tenta delongar o morrer utilizando de pactos com Deus, com a equipe médica, com seus entes queridos, fazendo uso de promessas em ser uma pessoa melhor se o seu viver se fizer de forma mais demorada. Como a negação e a raiva não tiveram o efeito esperado, o sujeito pressupõe que com melhores justificativas e maior tranquilidade, ele conseguirá uma promessa para que seu morrer se prorrogue por mais tempo. (KUBLER ROSS, 2002).

A depressão é o quarto estágio, quando a doença se manifesta de forma crítica, não havendo mais como bancar as negações. A raiva, a negativa e a barganha abrem espaço para a depressão, trazendo os assombros proeminentes da perda, sendo elas perdas afetivas ou materiais. Essa depressão, trata-se de uma depressão preparativa, originária de uma

circunstância atual, devido ao sujeito se encontrar em um momento que está para largar tudo aquilo que lhe é importante. (KUBLER ROSS, 2002).

Kubler Ross (2002) afirma que apenas aqueles indivíduos que ultrapassam suas inquietações e ânsias são possíveis de chegar ao estágio final, nominado de aceitação. Neste último estágio, a aceitação caracteriza a necessidade do paciente em se perdoar, perdoar a todos que estão a sua volta. A terminalidade se faz presente de forma mais próxima, sendo encarada de forma real.

## 2.1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA DOENÇA E TERMINALIDADE

Os profissionais de saúde enfrentam uma das situações mais difíceis dentre tantas, pois é duro conviver com a realidade de que independente de seus esforços, alguns pacientes irão á óbito. (MARENGO; FLÁVIO; SILVA. 2009).

Para Pessini (1996), mesmo não sendo capaz de mudar essa realidade pode ser relevante considerar a forma que o indivíduo vive até seu fim, ou seja, a forma como cada sujeito administra a sua condição de saúde ou doença. Tudo isto é importante e pode contribuir para as pesquisas e as práticas clínicas acerca da terminalidade e conseqüentemente poderá influenciar prioritariamente a preparação dos profissionais da saúde para o cuidar do indivíduo também em fase terminal.

De acordo com Zaboli (2007), a relação paciente/profissional pode tornar-se próxima de uma relação maternal ou paternal, ou seja, pela necessidade do cuidado o paciente começa a viver processos regressivos no adoecimento, podendo transferir para o profissional sua expectativa de cura. Diante desta realidade pode acontecer uma mobilização de sentimentos e emoções, nos profissionais emergindo a necessidade de elaboração e preparação de cada membro da equipe multidisciplinar.

É preciso que os profissionais da saúde ampliem a consciência do cuidado restringido ao ambiente hospitalar, para uma compreensão de todo o processo que envolve a saúde-doença. (BATTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006).

Provavelmente o medicamento mais efetivo para a cura seja a qualificação do convívio entre o paciente, seus familiares e sua equipe. O fator curativo da relação terapêutica pode ser desfavorável ou arruinado se as respostas

emocionais, como a raiva, a culpa e o medo vivenciados pelos pacientes, familiares ou profissionais não forem trabalhadas de forma correta. (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

De acordo com Caputo (2008) o caminho para a morte leva a um desenvolvimento de luto. O vínculo afetivo entre as pessoas, mediante os estados de terminalidade são importantes e inevitavelmente conduzem ao luto que necessita de elaboração.

A preocupação com a saúde dos profissionais que trabalham com o binômio saúde/doença e vida/morte é de suma importância, uma vez que, têm sido constatados distúrbios psicopatológicos e esgotamento profissional em muitos destes. Dessa forma, analisar as repercussões do processo de morte e luto nos profissionais da saúde é fundamental para contribuir com conhecimentos que promova maior preparo na atuação do trabalhador, qualidade de vida e bem estar no trabalho. (FREITAS; OLIVEIRA, 2010, p.268).

As consequências emocionais acarretadas pelo andamento para a morte e do luto levam a vários déficits psicológicos, acometendo a qualidade de vida e bem estar no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. (KOVACS, 2005.)

A grande resistência a assuntos relativos à morte e a ampla cultura de negação desta são fatores que favorecem repercussões negativas nesses trabalhadores. Entender a morte como parte natural da vida, aceitá-la e auxiliar o enfermo e sua família a admitir está terminalidade, pode influenciar positivamente na atitude e prática do profissional da saúde, prevenindo doenças psíquicas e outros agravos. (KOVACS, 2005, p. 65).

Constantemente os profissionais de saúde se defrontam com o processo da morte, não estando constantemente aptos para enfrentar os efeitos emocionais que ela acarreta, levando-os a assumir muitas vezes a negação da morte, pela dificuldade de lidar com as suas próprias emoções. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006; KOVACS, 2005).

Segundo Freitas e Oliveira (2010) o intuito das profissões de saúde não é preparar os profissionais para o fracasso e o luto, e sim dar orientações para recuperar, não lidando com a finitude do sujeito. Esse enfrentamento diário com a morte e o luto é um processo árduo e frágil, podendo ser causador de um sentimento de desamparo pelo profissional de saúde quando um paciente vem a óbito. (FREITAS; OLIVEIRA 2010; ANGERAMI et al., 2010).

Caputo (2008) afirma que é diferente para cada profissional da saúde o envolvimento e a expectativa perante a morte. Porém o viver desses profissionais tem algo que os une: A morte é companhia rotineira. As adversidades, as lutas sociais e privadas de cada um podem produzir angústias e até esgotamento ocupacional.

Kovacs (2005) reconhece que o sentimento de negação manifestados pelos profissionais, nada mais é que o modo de bloquear a proximidade com experiências que possam levar à dor e ser contrárias à ideia ilusória de imortalidade. Esse sentimento de negação tem o poder de gerar muitas vantagens em projetos de avanço nas ciências mas podem causar uma ilusão quanto a ações que não levam em consideração a morte.

Opor-se à morte pode levar à farsante ideia de possuir força e comando, porém só comprova a postura defensiva do profissional, fazendo com que nos casos em que ocorre a perda não haja a chance do profissional se preparar para o luto, levando a várias possibilidades de implicações negativas, como o adoecimento psíquico. (KOVACS, 2008).

Todavia, entende-se que a morte, como parte do desenvolvimento humano, pode influenciar na qualidade de vida de profissionais da área de saúde que lidam direta e diariamente com ela, bem como com a maneira como esses profissionais se interagem com o processo de morte e morrer. Os profissionais de saúde constantemente se confrontam com a morte e o sofrimento. (FREITAS; OLIVEIRA, 2010, p. 266)

Fia-se que a forma de alguns profissionais da saúde se relacionarem com a morte se dê de forma mecanicista e profissional, ao mesmo tempo que já outros, apresentam sentimentos e sinais de vulnerabilidade pelo paciente que se encontra em fase terminal. Independente da maneira de lidar com o sofrer do outro, é notório que eles não se sintam capacitados para a realidade da morte enquanto sujeitos. (FREITAS; OLIVEIRA, 2010).

À medida que o profissional cria um vínculo com o paciente as trocas afetivas se tornam mais prementes e, nessa direção, é esperado que a possível perda deste paciente se torne mais sentida; acredita-se que pacientes com uma longa história de internação crie uma história comum com aquele que o atende. Levando em conta que o profissional passou por todas as etapas juntamente com o paciente, fazendo com que este, na medida do possível, entendesse o



que está acontecendo, elaborando sua estadia em tratamento hospitalar e, ainda, a depender da situação, é normal a despedida junto com seus familiares. (FREITAS; OLIVEIRA, 2010).

Após sua inserção no ambiente hospitalar, a psicologia sofreu revisões sucessivas, avanço das suas técnicas, ideias e indagações, fazendo com que surgisse junto a isso uma nova forma de assistência no entendimento do sujeito, tendo como princípio reduzir o sofrimento resultante da internalização, além de precaver possíveis sequelas e consequências afetivas oriundas dessa hospitalização, acolhendo também o sofrimento familiar. (ANGERAMI et al., 2010).

Freitas e Oliveira (2010), afirmam que o papel desempenhado pelo psicólogo é de suma importância, logo cabe a esse profissional, estar preparado emocionalmente para lidar com essas situações presentes no contexto hospitalar, e que tenha conhecimentos necessários dos casos que lhe surgem; mas, vale ressaltar que ele não está imune aos sentimentos de dor e angústia ao se confrontar com a morte.

Neste contexto, cabe ao psicólogo, ao perceber que está passando por momentos de angústia não se reprimir, e sim procurar ajuda, seja por meio de uma análise, de uma supervisão e até mesmo com refúgio em alguma forma de teoria. Afinal, o psicólogo precisa trabalhar essas questões em sua própria vida, para que possa elaborar, em si mesmo, as questões que envolvem o morrer. (FREITAS; OLIVEIRA, 2010 p. 268).

De acordo com Quintana et al (2006) é significativo evidenciar que os profissionais de saúde, são ensinados a enxergar a morte como uma inimiga, devendo sempre erradicá-la, fazendo meio de todos os recursos científicos e tecnológicos possíveis. Apesar disso, a equipe de saúde já inicia a batalha com o fardo da derrota, recusando-se a reconhecer ser a morte maior que qualquer tecnicismo do entender médico. Encontrar-se na circunstância de lutar é um trabalho cansativo, onde perdas vão acontecer. Porém, reconhecer que não há coisa alguma mais a fazer pelo sujeito, levaria o profissional a ter uma reputação negativa, demonstrando, erradamente, que o mesmo não se aflija com o indivíduo.

## 2.2 TERMINALIDADE E ESPIRITUALIDADE: CAMINHOS POSSÍVEIS?

Pinto e Ribeiro (2007, p.49) apontam que “A dimensão espiritual é retratada como atribuição significativa ao sofrimento de uma doença, e também como meio de esperança frente às variações do estado de saúde”. As crenças espirituais podem influenciar o sujeito em como enfrentar diversas situações, proporcionando-lhes sentimentos de: autoconfiança, adaptação, firmeza e melhor aceitação. (STROPPIA; ALMEIDA, 2008).

Segundo Saad, Battistella (2001) espiritualidade tem relação direta com experiência, não com doutrina, nem com dogmas, nem com ritos e celebrações que são caminhos que institucionalizam e formalizam a religiosidade.

Arrieira et al (2011) diz que a espiritualidade é entendida como uma forma de compreender que existe mais coisas na vida além do que conseguimos enxergar ou perceber completamente. Ainda que ela possa ser experimentada no campo da religião, ela também pode ser vivida fora dos alicerces religiosos cerimoniais.

A relevância da espiritualidade é tanta que resultou em seu reconhecimento oficial pela Organização de Saúde, que a efetivou pela Resolução da Emenda da Constituição de 7 de Abril de 1999. (INOUE, 2016). Esta norma modificou o conceito de saúde que anteriormente era: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. E passou a ser: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010, p.588). Sendo assim, comprova-se que uma maior compreensão espiritual está ligada ao bem estar psicológico, a uma saúde melhor, menor depressão e ansiedade, alegria e maior perspectiva de vida. (PINTO; RIBEIRO, 2007; STROPPIA; ALMEIDA, 2008).

“A espiritualidade fornece explicação para o adoecimento, esperança, conforto, perseverança, otimismo e acolhimento, ajudando a ressignificar a vida”. (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

Para mais, a espiritualidade está relacionada ao suporte social, bem-estar pessoal, longevidade, redução dos níveis de dor, depressão, ansiedade, angústia, morbidade, mortalidade, melhor saúde psicológica e com isso melhor saúde física e qualidade de vida. (INOUE; VECINA, 2016).

“A participação espiritual e/ou religiosa estimula hábitos de vida saudáveis, que a longo prazo, proporcionaria um aumento da longevidade e diminuiriam a mortalidade [...]” (SEYBOLD, 2007; PARK, 2007 apud INOUE; VECINA, 2016).

Sob essa perspectiva a espiritualidade é a proporção humana que abrange, motivando e influenciando todos os aspectos da vida, relacionando com questões existenciais, na busca de sentido e propósito para a vida, relacionando também com o transcendental, a crença em um ser superior ou força maior, e com a auto realização através do sentido de ligação com este transcendental, indo para além disso, abrangendo também a consciência de nós mesmos e de nossas interações com os outros e com o mundo. (ALVES et al., 2010).

Pessini (2009) afirma que há uma certa exaustão na cultura contemporânea em relação a uma medicina que restringe o indivíduo como algo simplesmente biológico orgânico. De acordo com ele os seres humanos são algo bem mais que toda sua materialidade biológica. É devido a essa exaustão, que se desenvolveu uma rachadura na medicina técnico científica, beneficiando o nascer de um novo paradigma, o biopsicossocial. Após essa mudança que foi adicionado a dimensão espiritual do sujeito como algo que deve ser levado em consideração nesse trabalho do cuidar no âmbito da saúde. (PESSINI, 2009).

O paciente deve ser compreendido em sua totalidade, sendo necessário ter uma visão completa da saúde, que aborde o sujeito em todas suas dimensões incluindo as questões religiosas e espirituais, as quais podem repercutir positivamente sobre o seu tratamento e enfrentamento da situação vivida. Existe uma relação de melhora nos índices de saúde e bem-estar em pessoas que se consideram religiosas. (ALVES; JUNGES, LÓPEZ 2010; NASCIMENTO et al., 2013; D'SOUZA, 2007; HARRISON et al., 2005; apud INOUE; VECINA, 2016 p.128)

Para se conseguir enfrentar a morte, muitas pessoas usam como recurso a espiritualidade ou a religiosidade. A espiritualidade engloba o buscar em si mesmo e também nos que estão em sua volta, numa exteriorização com Deus ou com o viver. Através dela é possível encontrar uma finalidade na vida, sendo capaz de entender os empecilhos que lhe são apresentados e fortalecer a relação com uma força superior. (AQUINO; ZAGO, 2007).

Por essa razão, a espiritualidade é vista como uma forma de ajudar o sujeito a encarar o processo da morte, sendo buscada de forma interior ou até

externamente, por intermédio do amparo ao próximo, ou pela assistência de algum tipo de representante religioso. (TAROUCO et al., 2009).

A espiritualidade pode ser compreendida como um conjunto de crenças cuja essência é o extraordinário, transmitindo força e sentido nos acontecimentos da vida. É através dessas crenças que o sujeito desenvolve comportamentos positivos beneficiando seu bem estar. (PERES et al., 2007). Devido a isso, alguns indivíduos que possuem doenças graves, faz em uso da espiritualidade como mecanismo para enfrentar a doença, essencialmente quando se envolve o processo de morrer, devido à dificuldade de compreensão da morte para todos nós. (TAROUCO et al., 2009).

Se faz necessário superar esta abordagem que vem caracterizada pelo modelo biomédico, individualizado por enfatizar apenas o aspecto físico da doença, focando somente como causa principal da doença as anormalidades biológicas fragmentando o atendimento e o cuidar. (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

A oração e o alívio emocional vão propiciar uma melhoria da saúde e alteração no entendimento da doença através das crenças religiosas. (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). As ligações positivas dentro de saúde e espiritualidade, são construídas pelos subsídios de fortalecimento pessoal diante do adverso que é imposto pela condição patológica, auxiliando maior adesão terapêutica e diminuindo as experiências negativas provocadas pela patologia (GOBATTO; ARAÚJO, 2013; FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012). A espiritualidade permite esclarecer o adoecer a perseverança, o acolhimento, colaborando para a ressignificação da vida. (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012)

Para mais, espiritualidade está relacionada ao suporte social, bem-estar pessoal, longevidade, redução dos níveis de dor, depressão, ansiedade, angústia, morbidade, mortalidade, melhor saúde psicológica e com isso melhor saúde física e qualidade de vida. (INOUE; VECINA, 2016). “A participação espiritual e/ou religiosa estimula hábitos de vida saudável, que a longo prazo, proporcionariam um aumento da longevidade e diminuiriam a mortalidade [...]” (INOUE; VECINA, 2016, p.128).

A grandeza espiritual faz parte da integralidade do ser humano, contudo se estimula e manifesta de um jeito mais acentuado quando se encontra em

momentos de instabilidade. (MAFTUM; SOUZA; BAIS, 2008). Estando em maior destaque as situações vividas pelo sujeito em fase terminal. (BRITO et al., 2013).

Pode-se concluir que a espiritualidade se encontra juntamente com a terminalidade, operando como um dispositivo muito relevante, dado que ela contribui no processo de confronto, na busca pela esperança e na procura da paz na presença de vários episódios. (BRITO et al., 2013).

É considerada uma forma importante de se fornecer um auxílio humanizado, entendendo-se que a elevação do bem estar é fundamental, assim como também em sua importância para os pacientes e profissionais de saúde que estão passando pela terminalidade da vida. (BRITO et al., 2013).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A necessidade de se discutir sobre espiritualidade e de que forma ela se relaciona com a saúde é notória. No exercício profissional, a discussão sobre a espiritualidade e como ela se correlaciona à saúde é um fenômeno resultante, essencialmente, através da demanda dos indivíduos ao solicitar um cuidado que enxergue a sua saúde sob diversos aspectos, incluindo a espiritual; em razão do ser humano procurar esperança e apoio social nas dificuldades da vida neste mundo moderno e conturbado.

Os profissionais da saúde se encontram constantemente confrontados com a morte. Estes se deparam com a força da espiritualidade como um dispositivo de ascensão em saúde que ultrapassa os limites do saber científico da biomedicina, que muitas vezes não consegue responder às diversas dimensões do sujeito, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais.

O decurso de morte e luto, experienciados no exercício dos profissionais da saúde, é capaz de causar sérios malefícios psicológicos e colaborar para alteração de seu estado de saúde. A grande objeção é as questões relacionadas à morte e a cultura de recusa da mesma e estes aspectos que beneficiam consequências negativas nesses profissionais.

A espiritualidade engloba a tomada da consciência ao se deparar com o desamparo diante dos limites e da falência da vida, buscando observar o ser humano além do corpo físico, tentando compreender os diversos aspectos que

cercam as relações humanas, tais como sentimentos e desejos, o que aponta uma maior afinidade na conexão entre os pacientes, suas famílias e os profissionais de saúde.

Visto que é um tema que despertou muito meu interesse, foi possível comprovar que a espiritualidade pode ser uma realidade que acompanha os processos de enfrentamento do paciente perante a terminalidade, já que o próprio paciente poderá atribuir significado ao seu processo saúde-doença, para diminuir a sua angústia ou conquistar maior esperança no decorrer do tratamento, enfrentamentos estes adquiridos ao longo de sua vida. A importância do reconhecimento da espiritualidade como possibilidade de enfrentamento e a identificação de aspectos de transcendência do sujeito fazem com que o profissional da saúde consiga idealizar e fornecer uma assistência de forma mais integral possível.

## REFERÊNCIAS

AQUINO V.V, ZAGO M.M.F. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação.** Revista Latino-am Enfermagem. 2007 jan/fev; n.15 v.1, p.42-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2) . Acesso em Abril de 2019.

ALVES JS, JUNGES JR, LÓPEZ LC. **A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde.** Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/430a436.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf) .Acesso em Outubro de 2018.

ANGERAMI-CAMON, V.A., TRUCHAT F.A.R.,KNIJNICK, R.B.,SEBASTIANI R.W. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Pratica.** 2ª ed. SãoPaulo: Cengage Learning Edições Ltda.; 2010. Disponível em: [https://issuu.com/cengagebrasil/docs/9788522107940\\_psicologia-hospitalar](https://issuu.com/cengagebrasil/docs/9788522107940_psicologia-hospitalar) Acesso em Abril de 2019.

ARRIEIRA I. C. D. O.,THOFEHRN M. B.,PORTO A. R.,PALMA, J. S. **Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com Câncer.** Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/15689/pdf> Acesso em: Outubro de 2018.

BETTINELLI L.A., WASKIEVICZ J., ERDMANN A.L., **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar.** O mundo da saúde, São Paulo, ano 27, v. 27 n. 2 abr./jun, 2003. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf) . Acesso em Janeiro de 2019.

BOFF L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2006

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de Enfermagem**. Rio de Janeiro; 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v47n1/v47n1a17.pdf> . Acesso em: Abril de 2019.

CARVALHO P.R.A., ROCHA T.S., SANTO A.E., LAGO P. 2001. **Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário**. Revista Associação Médica Brasileira, V. 47, n.4, p. 325-331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7399> Acesso em: Fevereiro de 2019.

COMBINATO D.S., QUEIROZ M.S., **Morte: uma visão psicossocial**. Estudos de Psicologia 2006, V.11, n.2, p. 209-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf> . Acesso em: Maio de 2019.

COLLET N., ROZENDO C.A. **Humanização e trabalho na enfermagem**. Ver.Bras.Enferm, Brasília (DF) 2003 mar/abr; V.56 n.2 p.189-192 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf> . Acesso em: Abril de 2019.

CAPUTO R.F. **O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico**. Revista Multidisciplinar da Uniesp. 2008; n.6, p. 76-80. Disponível: [http://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20180403124306.pdf](http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180403124306.pdf) Acesso em: Fevereiro de 2019.

DAL-FARRA R.A., GEREMIA C. **Educação em Saúde e Espiritualidade**. Revista Brasileira de Educação Médica. V.34, n.4, p.587 – 597, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4a15.pdf> . Acesso em Março de 2019.

FERREIRA D.C, FAVORETO C.A.O., GUIMARÃES M.B.L. **A influência da religiosidade no conviver com o HIV**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.41, p.383-93, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2012.pdf> . Acesso em: Abril de 2019.

FONSECA J.V.C., REBELO T. **Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos**. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jan-fev; V.64, n.1, p.180-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf> . Acesso em Março de 2019.

FREITAS A.F.S.C., OLIVEIRA, S.A. **Os impactos emocionais sofridos pelo profissional de psicologia frente à morte em contexto hospitalar**. Umuarama. 2010: V.18, n.4, p. 263-273. Disponível em:

<http://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/3297/2277> . Acesso em Março de 2019

GOBATTO C.A., ARAUJO T.C.C.F. **Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde**. Psicologia USP, São Paulo, 2013, v.24, n.1, p.11-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a02.pdf> . Acesso em Março de 2019.

GUTIERREZ P.L. **O que é o paciente terminal**. Ver. Assoc. Med.Bras. V.47 n.2 São Paulo abril/Junho, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010). Acesso em: 20 de Março de 2019.

INOUE T., VECINA M. **Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura**. Disponível em: [https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02\\_a-br-jun/V35\\_n2\\_2017\\_p127a130.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_a-br-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf) . Acesso em Outubro de 2018.

KIPPER D. **O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade**. Revista Bioética, 1999. V.7, n.1, p. 59-70 . Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/294/433](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/294/433) . Acesso em: Maio de 2019.

KOVACS, M.J. **Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre morte e o morrer**. 2008. V.18, n.41. p. 457-468 . Disponível em: [https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12009/art\\_KOVACS\\_Desenvolvimento\\_da\\_Tanatologia\\_estudos\\_sobre\\_a\\_morte\\_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12009/art_KOVACS_Desenvolvimento_da_Tanatologia_estudos_sobre_a_morte_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y) . Acesso em: Outubro de 2018.

KOVACS, M.J. **Educação para a Morte**. Psicologia ciência e profissão. 2005. V. 25, N.3, p.484-497. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012) . Acesso em: Fevereiro de 2019.

KUBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 2008. São Paulo: Martins Fontes.

MARENGO M.O., FLÁVIO D.A., SILVA R.H.A. **Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde**. Medicina (Ribeirão Preto) 2009, V. 42, n.3, p. 350-357. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/231/232> . Acesso em Abril de 2019.

MOURA T.M.S. **Processo de finitude: percepção dos docentes de enfermagem**. V. 16. n 01. Jan./Abr. 2013 Rev. Enfermagem Revista. Disponível em:



<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13019/10239>. Acesso em: Abril de 2019.

PANZINI R.G., ROCHA N.S., BANDEIRA D.R., FLECK M.P.A. **Qualidade de vida e espiritualidade**. Rev. Psiq. Clín. V.34, n1, p.105-115, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf> . Acesso em: Maio de 2019.

PERES P., ARANTES Q., LESSA S., CAOUS A. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos**. RevPsic Clín. 2007; V.34, n. 1, p.82-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf> . Acesso em: Janeiro de 2019.

PESSINI L. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** . RevBioét. 1996. V.4, p.31-43. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357) . Acesso em: 09 de abril.

PESSINI L., BERTACHINI L. **Humanização e cuidados paliativos**. EDUNISC-Edições Loyola, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a35v10n3.pdf> . Acesso em Maio de 2019.

PINTO C., PAIS-RIBEIRO J.L. **Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde**. 2007. Arquivos de medicina. V. 21, n. 2. Disponível em: [https://jvilelas.webnode.pt/\\_files/200000095-65ec16669e/Escala%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Espiritualidade.pdf](https://jvilelas.webnode.pt/_files/200000095-65ec16669e/Escala%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Espiritualidade.pdf). Acesso em: Setembro de 2018.

PITTA A. M. F. (1999). **Hospital: Dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec.

QUINTANA A. M., KEGLER P., SANTOS M., S., LIMA L. D. **Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. Paidéia (Ribeirão Preto). v.16, n.35. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em Abril de 2019.

REZENDE L., GOMES C., MACHADO M.E. **A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos**. Revista Psicologia e Saúde, v. 6, n. 1, jan. /jun. 2014, p. 28-36. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf> . Acesso em Abril de 2019.

SAAD M., MASIERO D., BATTISTELLA L.R. **Espiritualidade baseada em evidências**. Acta Fisiátrica. V.8, n.3. p.107-112, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355/100673> . Acesso em Outubro de 2018.

SANTANA J. C. B., PAULA F.Q., CAMPOS A.C.V., REZENDE M.A.E., BARBOSA B.D.G, DUTRA B.S.D. **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem.** Centro Universitário São Camilo 2009 V.3, n.1, p.77-86. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf> . Acesso em: Março de 2019.

SCHRAMM F.R. **Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, V.48, n.1, p.17-20. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v01/pdf/opinioao.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/opinioao.pdf) . Acesso em: A bril de 2019.

SPLNDOLA T., MACEDO M.C.S. **A morte no hospital e seu significado para os profissionais.** R. Bras. Enferm., Brasília. v.47, n.2, p.1 08-117, abr./jun. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v47n2/v47n2a04.pdf> . Acesso em: Abril de 2019.

STROPPIA A., MOREIRA A. A. **Religiosidade e saúde.** In: Salgado MI, Freire G, organizadores. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Disponível em: [http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M\\_autores/MOREIRA-ALMEIDA\\_Alexander\\_et\\_STROPPIA\\_Andre\\_tit\\_Religiosidade\\_e\\_Saude.pdf](http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_et_STROPPIA_Andre_tit_Religiosidade_e_Saude.pdf) Acesso em: Setembro de 2018.

TAROUCO R.L, MUNIZ R.M, GUIMARAES S.R.L., ARRIEIRA I.C., CAMPOS N., BURILLE A. **A espiritualidade e o viver com câncer no processo de morrer.** Ver.enferm UFPE, 2009 Out/Dez; V.3, n.4, p.1021-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5597/4817> . Acesso em Abril de 2019.

ZOBOLI E. **Bioética: um instrumento pela vida.** RevCoren SP 2007; V. 70, p. 20-5. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br> . Acesso em: Janeiro de 2019.